

厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
「ギャンブル等依存症の治療・家族支援の推進のための研究」
令和1年度－令和3年度総括研究報告書

研究代表者 松下 幸生
国立病院機構久里浜医療センター院長

研究要旨：

ギャンブル問題は医療分野のみならず、精神保健福祉センター、司法や自助グループなどの民間団体等多くの機関が関わる問題である。本研究班の目的は、ギャンブルに関するさまざまな領域の研究を行うことである。まず、医療機関などへ治療を求めて受診するギャンブル障害を対象として併存疾患などの実態を把握するとともに、追跡調査によって、治療効果や効果予測因子を検討する。また、ギャンブル障害は、受診への心理的な抵抗などのため、問題を抱えながら医療機関を受診しない、いわゆるトリートメントギャップの大きいことが知られていることから、スマートフォンを利用した簡易な介入プログラムを作成して、その効果を検証する。さらに、ギャンブル障害の治療プログラムを普及するための研修会を実施して治療プログラムや家族支援に関する手法の普及と均霑化を図る。医療機関だけではなく、精神保健福祉センターにおいても治療プログラムの普及を目的とした研修を実施し、その効果や同センターにおける相談件数やプログラムの実施状況を調査して実態を把握する。また、自助グループや民間支援団体への支援のための課題を抽出し、その効果を検証するとともに、ギャンブル問題に関連する多機関の連携について研究を行う。

本研究班の令和1年度から3年度の成果の概要を以下に示す。

1) **医療機関における治療プログラムの効果検証班**：ギャンブル外来を有する専門医療機関を受診し、ギャンブル障害と診断された202名を調査対象としてベースライン調査、追跡調査を実施した。2022年5月時点で追跡調査を継続しているが、本報告書では受診後6か月調査までの結果をまとめた。ベースライン調査で得られた受診者の特徴としては、①受診時の精神的問題では、不安、罪悪感、イライラを抱えて受診する者が多い、②希死念慮の割合、自殺企図の経験は男女を問わず高い、③喫煙率が男女とも高い、④ギャンブルを始めた年齢は、平均で男性19歳、女性で20歳であり、一般住民調査結果より早い、⑤男女とも4割程度に精神科併存疾患があり、うつ病が最多、⑥6.5%にADHDの併存が疑われた、⑦GRCS得点で評価したギャンブルに対する非合理的な考えの強さは、該当するDSM-5診断基準数と相関していた、⑧受診者のほとんどが強い抑うつ、不安状態にある、⑨1つ以上の小児期逆境体験を有する割合は、男女で31.4%と高い割合であった。追跡調査の主な結果は、①6か月調査の回答率は、78.7%、②受診6か月後で54.6%が通院継続していた、③プログラムによる治療を受けている者では、

6か月の時点で約30%がプログラムを終了しており、プログラムの脱落は16%、④受診後にギャンブルを止めている割合は、回答者の56.3%、⑤ギャンブルをしたと回答した者も77.1%で回数が減少、73.8%がギャンブルに使う金額が減ったと回答、⑥16%が受診後に新たに借金をした、⑦受診後に22.9%がGAに参加、⑧6カ月調査では、「すべてのギャンブルを止めたい」と回答している者が約7割であり、「問題のあるギャンブルのみ止めたい」を合わせると9割以上がギャンブルを止めることを希望していた、⑨ギャンブルを止めている者では、社会的機能も改善していた、⑩ギャンブルに対する非合理的な考えがベースラインで強いものでは、受診後もギャンブルをする割合が高く、受診後の予後予測する因子になる可能性が示唆された、⑪K6得点は、ベースラインで点数が高いものがほとんどだが、6カ月後もその割合には明らかな変化はなく、強い抑うつ、不安状態が持続していた。追跡調査は、報告書作成時点で継続しており、12ヶ月まで追跡する予定である。

2) 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究班：以下の2つを目的とした。研究1：全国精神保健福祉センター職員のギャンブル障害に対する理解を促進し、回復支援が円滑に進むようにする。研究2：全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況や回復プログラムの実施状況および新型コロナウイルス感染症による影響をモニターする。研究1は、全国精神保健福祉センター職員、保健所精神保健担当者、依存症拠点病職員等を対象に、ギャンブル障害の精神保健相談・支援の実践的技術の向上を目的に、認知行動療法プログラム「SAT-G：島根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム」の使い方研修を実施した。研修形式は講義とロールプレイを対面もしくはオンラインで行った。効果測定のために、研修前後で「ギャンブルおよびギャンブル障害に関する基礎知識（正誤を回答する方式の質問6問）」、「支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるか（5段階のリッカート尺度）」、「GGPPQ(Gamble and Gambling Problem Perception Questionnaire)（ギャンブル障害者に対して仕事をする際の従事者の態度を評価する質問紙）」、「SAT-Gの相談援助業務での活用可能性（4段階のリッカート尺度）」を測定した。また、本研修を受講することにより、受講者の所属施設でSAT-Gを施行することを許可することにした。研究2は、全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを介して調査票を送付し、各精神保健福祉センターより1) 薬物依存症・ギャンブル障害の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 4) 新型コロナウイルス感染症の影響を回答頂き、集計し、経年モニタリングを実施した。研究1：令和元年11月1日（品川、対面式）、12月6日（新大阪、対面式）、令和2年8月4日（オンライン形式）、12月1日（オンライン形式）、令和3年1月12日（オンライン形式）、令和3年2月9日（オンライン形式）に研修を実施し、令和3年8月20日（オンライン形式）、9月7日（オンライン形式）、令和4年1月11日（オンライン形式）を実施した。いずれの質問紙および尺度においても研修前後比較で向上が見

られた。また、対面実施と今回のリモート実施の比較では、概ね同様の効果が得られ、GGPPQでは「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の項目において効果量が対面式よりもオンライン形式では低かったが、全体では高い効果を示した。また、参加者の感想として「実践的で分かり易い」「自信がついた」「コミュニケーション能力が必要そう」「場数・経験が必要」「グループ立ち上げが難しい」「支援において自己を尊重できそうで良い」などが挙げられた。令和3年度までに全国69すべての精神保健福祉センターが本研修を受講した。研究2：調査票を送付し、毎年全ての精神保健福祉センター（69箇所）より回答を受領した。平均相談件数は、平成27年度から一貫して増加傾向にあり、令和元年149.5件で、令和2年169.7件、令和3年232.8件であった。ギャンブル障害当事者向けプログラムの実施も増加しており、令和元年47センター、令和2年53センター、令和3年58センターであった。家族教室などの家族向けプログラムの実施も増加しており令和元年33センター、令和2年44センター、令和3年46センターであった。プログラムを実施していないセンターでは、人員がいない、ノウハウがない、予算がつかない、近隣の医療施設が提供しているといった傾向にあった。コロナウイルス感染症流行はセンターの依存症事業に影響しており、プログラムの中止・延期・縮小、感染対策を行なったの対面プログラム、オンラインでのプログラム実施を認めた。会場の借用や他との連携の制限もプログラム運営に影響していた。募集はしたが感染危惧で希望者が集まらず中止とした事業もあった。これらの変化の結果、プログラムが実施されていないため利用者を紹介できなかつたり、スリップした利用者も報告された。また、外出自粛や勤務多忙在宅時間延長などで依存対象が変わったり症状が軽快したりした利用者、ワクチンの映像で欲求が高まった利用者なども報告された。本研究を通じ研修を実施することで精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の精神保健福祉相談の技術支援向上に役立ち、また支援実施のセンターも増え、ギャンブル障害の回復の一助になった。本研究を通じ研修を実施することで精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の精神保健福祉相談の技術支援向上に役立ち、また支援実施のセンターも増え、ギャンブル障害の回復の一助になった。

3) **自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出班**：ギャンブル障害の支援や治療における自助グループや民間団体の実態や効果を調べて、包括的な支援体制を築く上での示唆を得ることを目的に以下の4つの研究を行った。

研究I：ギャンブル障害当事者の自助グループの研究

研究1-1：GAの文献研究

- ① GAへの参加状況とギャンブルの停止などの様々な回復の指標の関係の間に統計的に有意な関連があることが示された。
- ② 質的な研究では、GAでは同じ体験を仲間同士での関係に支えられて、債務などの実際的な対応について知ることのみでなく、スピリチュアルや感情の面における効果が実感されていることが確かめられた。

- ③ RCTによる効果の確かめは、AAやNAでは行われているがGAではまだなので今後行われるべきであると考えられた

研究1-2：GAの利用者のインタビュー調査

全国各地のGAに継続的に参加者（11名）に、GAでの体験や回復や社会に求めるものなどのグループインタビューを行い、言表をMAXQDAというソフト質的分析を行った。

- ① 発言を分類して得た5つのカテゴリーは、i. 自助グループにつながる以前の苦勞、ii. 自助グループへのつながる経緯（「つながることへの抵抗や否認は最初あったし、続くこともある。」）、iii. 自助グループの有効性、iv. 様々な自助グループに利用の仕方、v. 関連機関や社会における自助グループの理解」であった。
- ② これらをもとにした分析により、自助グループでは、同じ立場の仲間が迎えられ、正直になれる場を提供されることや、12ステップにより、考え方が変わり、生きていることが肯定的にとらえられるようになることが言及されていた。但し、自助グループ開始時には、すぐに効果が実感できないことがあり、そうした時期を超えていくアドバイスが重要であること、地域によって自助グループの数や内容に偏りがあることなどの所見が得られた。

研究I-3：入所型回復施設による回復過程

- ① 入所型回復施設グレイスロードの調査の結果、利用者には多額の借金、家族との離婚や別離、自殺、暴力、アルコール・薬物問題・犯罪を生じている重篤な事例の割合が高かった。
- ② 利用期間で分けた4群（3か月以内、4-13か月、14か月-2年、2年以上）を比較すると、利用期間がない群ほどギャンブル障害の症状が低下していた。一方、ギャンブルに関する認知の歪みは、3か月以内より4-13か月の方は高く、14か月-2年ではそれより低下し、2年以上では最も低かったことから、施設利用はギャンブルへの認知の変化に結び付くためには、入所による危険な生活環境からの隔離のみでなく、12ステッププログラムや社会復帰における新しい生き方に触れるなどの長期的な体験が必要であることが示唆された。

研究2．ギャンブル障害の家族の自助グループの研究

研究2-1：ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比

- ① ギャンブル障害の家族に対するアンケート調査をしたところ、ギャマノンを主に用いている群と精神保健福祉センターや医療機関などを中心に用いている群を比較したところ、以下のような所見がみられた。
- ② 援助を受けたことでの変化として、「ギャンブル障害への対応ができるようになった」、「自分の生活を守る行動が取れるようになった」、「自分自身の問題に向き合えるようになった」という回答の割合が、自助グループを主に用いている群の方が、有意に多かった。

- ③ 自助グループを主に用いている群の方が、WHO/ QOL、依存症への理解得点、当事者への肯定的な関わり得点が高い。

研究 2-2：ギャンノン利用者に対するグループインタビュー調査の結果

昨年度報告書では、GA やギャンノンの利用者に対するグループインタビューをもとに、その有効性や課題についてまとめた。

- ① ギャンノンにつながるきっかけは、医療機関、行政、消費者相談等からの勧めや後押しがあったことが示されていた。逆に、担当者の誤った対応や、連携不足などがこうした過程を妨げる場合もあることも語られた。
- ② ギャンノンに参加する中で、ギャンブル依存症の知識を得たり、対応の方法を事細かに経験してきた仲間たちに聞くことができることで当事者にも良い影響もあると思われた。
- ③ さらに、ギャンノンに参加し、12 ステッププログラムを進めていく中で、家族自身を深く見つめ、共依存的性質について変える取り組みをしていた。
- ④ 地域によってアノニマスグループが多いところと少ないところがあることがあるなど、ギャンノンは発展途上といえる。

研究 2-3：ギャンノン利用者の回復過程に関する複線径路等至性アプローチ

(Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

TEA により 23 人の家族の回復を過程について TEM(複線径路等至性モデリング:

Trajectory equifinality modeling) 図を作成し、これを統合して1つの TEM 図にした。この図から明らかになった等至点(何らかの文化的・社会的な諸力の影響を受ける中で収束していくポイント)は以下であった。

- ① ギャンブル障害を正しく理解した上で、依存症者の症状に翻弄されていたところから物理的、心理的距離をとることができた。
- ② 自分自身の感情やニーズを自己認識、自己受容し、それを満たす行動をとることができた
- ③ 現実を受け止め、将来に希望を持つこと、経験を役立てようと有意義感を持つこと
これらのポイントは、当事者のギャンブル問題での苦しい状況の中で、ギャンノンでの仲間と助けを受けることで生じており、自助グループの具体的な有効性を示すものといえた。

研究 3：全国の民間団体や自助的な活動の研究

- ① R2 年度には日本における民間団体 115 件のリストを作り、そのうちの 73 件に質問紙を送り、41 件の回答を得た。このうち、ギャンブル障害を中心とした団体は 13 例であり、2000 年以降ふえているが、まだ少数に止まっていることや地域の偏在が確認された。
- ② 民間団体の形態や支援内容も多様であり、当事者の入所や通所でのプログラム提供やグループや個別相談、家族へのグループや個別相談、電話やメールによる相談、

ホームページなどによる情報提供、講演会、ワークショップ、ニュースレターの発行などが比較的多く行われ、他の機関にはつながることが難しい事例の窓口となっていた

③ 同時に改めて各団体の方に意見を聞いたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が多かった。自助グループや民間団体の効果や特徴などをよりの確に伝えられるような人材や情報提供体制がさらに必要であると考えられた

④ 全国各地の民間団体に連絡して、その活動を紹介する冊子を作製した

4) **治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果に関する研究班**：ギャンブル障害の症状を測定する2つの尺度ツール（GSAS、GRCS）について、再検査信頼性の検討が行われ、ともに十分な再検査信頼性を持つことが確認された（研究1）。あわせて、ギャンブル障害の症状およびこの障害における治療ギャップの改善に対する、**Personalized Normative Feedback(PNF)**の効果の検討を行った結果、主観指標に対して有効性と行動指標における限界が確認された（研究2）。さらに、ギャンブラーのサブタイプを特定するための調査を実施し、6タイプが特定された（研究3）。

5) **併存障害合併例の治療と支援研究班**：ギャンブル障害には、さまざまな精神疾患の併存が報告されている。しかし、ギャンブル障害の併存症に関する国内の研究は少なく、特に併存症の治療経過におよぼす影響はほとんど検討されていない。本研究では、精神科医療機関を受診したギャンブル障害患者を対象に、併存症の臨床的意義に関する研究を行った。初年度は、調査用紙を作成した。内容は、初診時（0カ月時）には、被験者背景、生活・就労状況、ギャンブル障害の内容と重症度、精神科併存症の有無および疾患名と重症度、社会生活機能、治療・社会資源の利用状況であった。3カ月、12カ月経過時の調査内容は、被験者背景を除き、治療継続状況を追加する以外は0カ月時と同様とした。令和2、3年度は、協力医療機関11施設において、DSM-5にてギャンブル障害と診断された初診外来患者を対象とした。0カ月時に本研究の説明を行い同意取得後、0カ月、3カ月経過、12カ月経過の時点で調査を行った。調査は、アンケート用紙を被験者に郵送し、被験者が記入後に返送する形式で行った。0カ月時の調査対象者は60名（平均年齢37.6歳；男性58名、女性2名）で、ギャンブル開始年齢は平均19.5歳、精神科併存症は60名中35名（58.3%）に認められた。内訳はうつ病16名（26.7%）、行動嗜癖10名（16.7%）、不安障害7名（11.7%）、知的障害3名（5.0%）、アルコール使用障害3名（5.0%）であった。併存する精神疾患の有無で比較した結果、精神疾患併存群では、喫煙経験（77.1% vs 48.0%, $p = 0.028$ ）、過去のいじめ経験（34.3% vs 8.0%, $p = 0.028$ ）、ギャンブルに関連した自殺未遂経験（20.0% vs 0.0%, $p = 0.035$ ）の割合が非併存群と比較して有意に高かった。初診から3カ月経過時には58名中50名（回収率86.2%）から、12ヶ月経過時には36名中26名（回収率72.2%）から回答を得た

(2022年3月時点)。今回は、12カ月での調査対象者が26名と少ないことから、精神科併存症の有無で統計解析することは困難であった。各評価項目を0カ月、3カ月、12カ月の時点で比較すると、ギャンブル障害のスクリーニングテストである South Oaks Gambling Screen (SOGS) では、0カ月：13.5点、3カ月：5.0点、12ヶ月：6.6点で、うつ症状を評価する PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)) は0カ月：8.4点、3ヶ月：6.2点、12ヶ月：5.5点で、社会機能障害を評価する SEEHAN Disability Scale (SDS)における“仕事・学業への支障”は0カ月：3.3点、3ヶ月：1.3点、12ヶ月：1.5点であった。また、ギャンブル活動を中止している割合は、3ヶ月：76.9%、12ヶ月：45.8%で、治療の継続率は3ヶ月：80.8%、12ヶ月：57.7%であった。ギャンブル障害の58.3%に精神疾患が併存していた。併存群では、非併存群と比較して喫煙経験、いじめ体験、ギャンブルに関連した自殺未遂経験が有意に多かった。今回は、12カ月での調査対象者が26名と少ないことから、精神科併存症の有無で統計解析することは困難であったが、ギャンブル障害の重症度、うつ病尺度、社会機能障害のスコアは治療継続とともに改善する傾向があった。しかし、12カ月の時点でのギャンブル中止率と治療継続率が約50%であったことは、本疾患の治療が困難であることを示唆している。今後、さらに症例を増やして、精神科併存症の影響を明らかにしていく。

6) 簡易介入の効果の検討：AIチャットボット GAMBOT2の開発と効果検証研究班：本研究班ではギャンブル等依存症に対する簡易介入の開発、効果検証研究を実施した。2019、2020年度にはオンライン簡易介入チャットボット GAMBOT2の開発と改良を行い、2021年度には GAMBOT2 にセラピストからのテキストメッセージによる簡易サポートを追加することによるギャンブル症状、ギャンブルに関連する認知、支援希求行動の変化を比較する並行群間ランダム化比較試験を実施した。

7) 治療プログラムおよび家族支援の研修会の実施研究班：本研究の目的は、ギャンブル障害の標準的治療プログラムの研修を実施して、プログラムを全国に普及・均質化することである。令和2年度に研修プログラムを作成し、令和3年度に研修を2回実施した。新型コロナウイルス感染症拡大の時期であったが、感染対策を施した上、対面で行い、その効果を J-GGPPQ (Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire) を用いて検証し、予備的ではあるが、研修前より点数が向上したことを確認した。

8) ギャンブル障害の連携マニュアル作成-ニーズ調査とツール作成-研究班：本研究の目的は各地域でのギャンブル障害の連携を調査し、実現可能な連携マニュアルを作成・提案することである。初年度：本研究のためのリサーチデザインを計画した。また支援機関がギャンブル問題の際に活用可能なインテークシートを作成した。2年度：全国の精神保健福祉センター72施設を対象にギャンブル問題に対する地域資源、センターで行っている取り組み、問題点などを調査した。3年度：調査結果を解析し、その結果から考え得るギャンブル障害の連携マニュアルのあり方を模索した。記述統計からは、全国

の精神保健福祉センターはギャンブル等依存症の支援に関し、職員の研修を行い、地域の家族向けあるいは本人向けの資源を把握し、医療機関の数や特性（入院可能かどうか、プログラムを行っているかなど）の情報を得ていた。一方で拠点医療機関に対する評価はあいまいであった。相関分析および重回帰分析の結果からは、医療資源をはじめとするさまざまな資源が増えれば連携は高まるが、もっとも重要な要素はどの病院がプログラムを有しているかなどの情報を、ふだんからセンターが知っていることが重要だと推測された。自由回答からは、専門医療機関の不足、および病院や回復施設、あるいは事業者も含めた様々な組織・資源との連携不足が問題点として挙げられた。記述統計および相関分析、重回帰分析との結果ともあわせ、地域でギャンブル等依存症の診療を行う専門医療機関、拠点医療機関がニーズに対して不足していることが判明した。また、連携の不足を挙げる回答も 22 施設と多く、多くのセンターが連携不足を問題視していることも分かった。またその他の記述回答からは、地域の事情がそれぞれに異なり、ニーズも多種多様であることがうかがえた。調査結果から①各精神保健福祉センターの取り組みはすでにかなり進んでいること、②専門医療機関の不足、連携不足、③ふだんからの資源間のコミュニケーションや情報共有が連携に寄与する可能性、が示唆された。各地域の規模や地域性を前提に考えれば、一律の連携マニュアルを作成することは不可能である。そのため地域連携の手法として、各資源が平等な立場で相互理解を深め、コミュニケーション強化し、さらには対象理解を深めるための「問題解決しない事例検討会」を提案する。それを適切に実行するためのマニュアル（リーフレット）を本分担班の成果物とする。対象理解を目的とし、あえて「問題解決しない」ことを明言した事例検討会を開くことによって、地域の連携体制が強化され、また対象理解を通じてまだまだ世間や医療者、支援者に根強い忌避感情やスティグマの解消にもつながると考える。あえて問題解決をしないことを掲げることで、一部の強い発言に流されることなく、参加者が意見を述べやすい工夫をした。地域でのネットワーク作りのきっかけとなることが期待できる。今後は本マニュアルを用いたワークショップや全国での事例検討会の開催を企画している。

分担研究者氏名・所属機関

白川教人 横浜市こころの相談センター
 森田展彰 筑波大学精神保健学
 神村栄一 新潟大学人文社会科学系
 宮田久嗣 東京慈恵会医科大学精神科
 宋 龍平 岡山県精神科医療センター診療課
 佐久間寛之 国立病院機構さいがた医療センター

研究協力者氏名・所属機関
 田辺 等 北星学園大学社会福祉学部
 小泉典章 長野県精神保健福祉センター
 天野 託 栃木県精神保健福祉センター
 藤城 聡 愛知県精神保健福祉センター
 小原圭司 島根県立心と体の相談センター
 川口貴子 福岡市精神保健福祉センター
 本田洋子 福岡市精神保健福祉センター

杉浦寛奈	横浜市こころの健康相談センター	阿部かおり	国立病院機構さいがた医療センター看護師
片山宗紀	横浜市こころの健康相談センター	新田千枝	国立病院機構久里浜医療センター臨床研究部
土方郁美	筑波大学 大学院人間総合科学 学術院、国立病院機構栃木医療 センター附属看護学校	柴崎萌未	国立病院機構久里浜医療センター臨床研究部
新井清美	信州大学学術研究院保健学系 准教授	古野悟志	国立病院機構久里浜医療センター心理療法士
田中紀子	公益社団法人ギャンブル依存症 問題を考える会	岡田 瞳	国立病院機構久里浜医療センター心理療法士
山田理沙	東京慈恵会医科大学精神医学講 座	岩本亜希子	国立病院機構久里浜医療センター医療社会事業専門員
田中和彦	日本福祉大学福祉経営学部 医 療・福祉マネジメント学科准教授	高山輝大	国立病院機構久里浜医療センター医療社会事業専門員
西念奈津江	小倉悠治法律事務所 ソーシ ャルワーカー	松崎尊信	国立病院機構久里浜医療センター
福田貴博	医療法人見松会あきやま病院 精神科医師	西村光太郎	国立病院機構久里浜医療センター
前田大輝	医療法人見松会あきやま病院 作業療法士	佐久間寛之	国立病院機構さいがた医療センター
伊東寛哲	国立病院機構久里浜医療センタ ー精神科医師	横光健吾	川崎医療福祉大学医療福祉学部
福森崇之	国立病院機構さいがた医療セン ター精神科医師		
藤田啓暉	国立病院機構肥前精神医療セ ンター精神科医師		
佐久間みのり	国立病院機構さいがた医療 センター精神保健福祉士		
青木梨恵	国立病院機構さいがた医療セン ター公認心理師		
野村照幸	国立病院機構さいがた医療セン ター公認心理師		
永田貴子	佐賀県精神保健福祉センター		
大森順基	国立病院機構さいがた医療セン ター精神保健福祉士		

A. 研究目的

ギャンブル障害は、一般的にはギャンブル等依存症とも称され、ギャンブルのコントロールを失い、家庭、社会生活等に様々な支障を来す精神疾患である。2018年7月に成立したギャンブル等依存症対策基本法では、「ギャンブル等依存症の予防等、診断及び治療の方法に関する研究その他のギャンブル等依存症問題に関する調査研究の推進」が求められているが、ギャンブル障害に対応可能な医療機関や精神保健福祉センター等の相談窓口、民間支援団体等も数が少なく、支援体制は十分とは言えない状況である。海外では認知行動療法

が有効であることが示されているものの、国内では、治療効果のエビデンスを示した標準的な治療プログラムも確立しておらず、治療、支援体制の整備が急務であり、医療機関のみならず、公的保健機関や民間施設などさまざまな機関においてギャンブル障害の治療、支援方法の検討、その普及や均霑化が必要である。

本研究班は、以下の分担研究を行う研究班から構成され、それぞれの目的は以下の通りである。

1. 医療機関における治療プログラムの効果検証

ギャンブル障害は、ギャンブルのコントロールを失い、家庭、社会生活等に様々な支障を来す精神疾患である。2017年に実施された全国調査によると、スクリーニングテストである SOGS5 点以上でギャンブル障害が疑われる者の割合は、生涯で 3.6% (95%信頼区間：3.1-4.2%)、過去 12 か月に限ると 0.8% (95%信頼区間：0.5-1.1%) と報告され、全国でギャンブル障害が疑われる者の数は相当数になると推計される。

一方、2018年7月に成立したギャンブル等依存症対策基本法では、「ギャンブル等依存症の予防等、診断及び治療の方法に関する研究その他のギャンブル等依存症問題に関する調査研究の推進」が求められているが、ギャンブル障害に対応可能な医療機関や精神保健福祉センター等の相談窓口、民間支援団体等は数少なく、支援体制は十分とは言えない状況である。

ギャンブル障害は、多重債務、貧困、自殺、犯罪といった関連問題もみられるため、医療のみならず、様々な公的・民間の関係機関を含めた支援体制の整備が急務であり、

公的保健機関や民間施設などさまざまな機関においてギャンブル障害の治療、支援方法の検討、その普及や均霑化が必要である。

本研究班は、治療を求めて医療機関を受診するギャンブル障害の実態について調査することを目的とする。また、当初、本研究は、日本医療研究開発機構研究班が作成した認知行動療法に基づくギャンブル等依存症治療プログラムの効果を検証することを目的としたが、治療プログラムは医療機関によってもさまざまであり、受診者数も限られることから、治療プログラムの内容は限定せず、医療機関における治療の効果を検証することに変更した。

海外の調査によると、ギャンブル障害の治療として、認知行動療法や動機づけ面接が有効であることが示されている。しかし、すべてのギャンブル障害に有効とは言えず、治療終了時の有効率は、39%から 89%、治療後 12 か月で 30%から 71%とされる。このような治療効果の違いには、ギャンブル障害の疾患異質性も考慮する必要があり、ギャンブル障害の特徴として、他の依存と同様に精神科併存症が多いことが示されている。海外の調査によれば、精神科疾患の中でもニコチンを含む物質使用障害、アルコール使用障害、気分障害、不安障害が多いとされる。住民調査の系統的レビューによると、合併する割合は、ニコチン依存 (60.1%)、アルコール使用障害 (57.5%)、気分障害 (37.9%)、不安障害 (37.4%) の順に多いという。しかし、国内では、ギャンブル障害の併存症の実態は、ほとんど把握されておらず、併存症が及ぼす治療効果への影響についてもほとんど知られていない。

これらの要因や治療への動機、回復へ

の意欲など様々な要因が治療効果に影響を及ぼすと考えられ、治療効果の予測因子を調査することによって、治療効果を得られやすい、あるいは治療効果の得られにくい特徴を解明することができれば、治療法の改善にも貴重なデータを提供すると期待される。

本研究は、初年度は、海外の文献を中心に治療効果の予測因子について調査を行い、治療効果検証において予測因子と考えられる因子を整理した。2年目は、効果検証研究のプロトコルを作成し、久里浜医療センター倫理審査委員会の承認を得た。また、ギャンブル障害治療を行っている多施設の医療機関の協力を得て、治療を求めて医療機関を訪れるギャンブル障害を対象として、調査協力者を募ってベースライン調査を実施し、併存疾患などの実態を把握するとともに、追跡調査を開始してギャンブル行動を中心に経過を観察した。3年目の令和3年度は、調査組み入れを継続すると共に追跡調査を実施して治療効果を測定した。

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究

精神保健福祉センターにおける依存・嗜癖（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル障害など）に関する相談は、厚生労働省の定める「精神保健福祉センター運営要領」において、「精神保健福祉相談」として位置づけられている。そのうちアルコール依存症については、「特定相談事業」として国庫補助もなされているが、薬物依存症やギャンブル障害には適応はされていない。

その中、ギャンブル障害に関する相談は広まりを見せているが、その契機としては、平成3年の一部センターにおける治療グループの開始や、平成27年度厚生労働省新規事業「依存症者に対する治療・回復プログラムの普及促進事業」の開始などがある。

平成28年度の当研究班の分担研究の結果、ギャンブル障害に対して依存症回復プログラムを実施している精神保健福祉センターは少なく（15か所）、回復プログラムが実施されない要因は、①スタッフがギャンブル障害に対する十分な相談の知識を得られていない、②ギャンブル障害に適用できるツールが不足している、③人員や予算が不足しているであることが分かった。

そこで、平成29年度以降当研究班の分担研究では、各自治体の専門職を対象にギャンブル障害者向けプログラムの使い方研修を実施し、その効果を検証（研究1）および全国の精神保健福祉センターのギャンブル障害の相談件数等の推移の継続調査（研究2）を行っている。

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出

ギャンブル障害は、病的にギャンブルにのめり込む状態である。ギャンブルに対する強い渴望とギャンブルをしたいという衝動を抑えられなくなり、次第にギャンブルの程度や頻度を自分では制限できなくなる。ICD-10でPathological Gamblingは、「ギャンブルへのこだわりとリスクが高いにも関わらずギャンブルの興奮を求め、嘘をついたり盗んだり、大切な人間関係や仕事・教育の機会を失う可能性があるにもかかわらずギャンブルを止めることができない」と

されている。DSM-5 にギャンブル障害 (Gambling disorder) という診断が、嗜癖性障害に入れられ、依存症としての面が明確化された。カジノへの対策という問題が契機になり、「ギャンブル等依存症対策基本法」が作られ 2011 年から施行されている。その理念の中で、ギャンブル等依存症の発症、進行及び再発の各段階に応じた防止及び回復のための対策を適切に講ずるとともに、ギャンブル等依存症である者等及びその家族が日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるように支援することが指摘されている。

このうちの回復支援としては、アルコール薬物依存症のような中毒性の心身の問題はなく、あくまで行動上の病理が主であることから心理療法が中心になる。心理療法としては、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) と、ギャンブラーズ・アノニマス (GA) である。GA とは、ギャンブル障害からの回復を目指す自助グループである。日本では、CBT についてはあまり使われてこなかったが、今回の法制度の整備とともに急速に導入が進み、多くの医療機関や精神保健福祉センターなどで使われ始めている。GA は、最近のこうした動向の以前から各地で行われてきたものであるが、CBT が導入される中で、包括的な支援体制の中での位置づけなどを明確にする必要が出てきていると思われる。というのは、CBT が、精神保健福祉センターなどの行政機関や医療などの専門機関が提供するもので位置づけ自体は明確にしやすいが、GA の場合は自主的に参加する活動なので、行政機関・専門機関が直接行うのではなく導入を図るような位置づけになる。したがって

行政や専門機関で、GA がどのような活動であり、またどのような効果があるのかを伝えることが必要であり、そうした知見をまとめおく必要があるといえる。

またギャンブル等依存症での支援対象は、当事者のみでなく、家族も含まれている。一人の当事者の周りには両親、配偶者、子供など複数の家族が存在する。当事者がギャンブルへのめり込んでいくことによって、家族は多重債務と経済苦に巻き込まれていく。また、度重なる嘘から当事者への信頼感を損ない、精神的に追い込まれていき、家族自身の全人的健康が悪化し QOL が低下する (Wenzel et al., 2008; Carolyn, et al., 2010)。一方、家族が自助グループや相談機関に相談し、家族自身の認知や行動が変化、回復していくことによって、状況の受け止め方が変化し、状況が好転することが先行研究で明らかとなっている (Bradshaw, et al. 2015.; Christine T. et al., 2015)。こうした家族への働きかけとして、心理教育とともに家族にとっての自助グループであるギャマノンがある。当事者の自助グループの場合と同様に家族の自助グループの効果や支援体制における位置づけについても十分な検討がなされてこなかった。

更には、当事者や家族に対する自助グループにとどまらず、自助グループの手法を取りいれたりハビリ施設や民間団体の活動も取り上げる必要がある。というのは依存症の回復には、単に問題行動のパターンから離れることのみでなく、そのパターンが生じた背景にある社会的な孤立や傷つきなどの問題の解決が重要であるとされるためである。症状をとるというケアのみでなく、全人的な意味を含むケアが必要であ

るといえる。自助グループはミーティングを通じて同様の困難を抱えた人の中でのつながりを作り出し、この全人的なケアの一翼を担っているといえるが、自助グループ以外でも多様な当事者、家族、市民の活動が幅の広いケア活動を行っていると思われ、これもその実態や効果を共有して、統合的な支援体制に位置づけていく必要があると思われる。しかし、これもまだ十分な調査が行われておらず、昨年度から本研究で取り組み始めている。

以上から本研究では以下のような研究目標を立てた。

- I. 当事者の自助グループや回復施設の有効性やそれを生かすための連携のありようを明らかにする。
- II. 家族の自助グループの有効性の検証
- III. 自助グループ以外の民間団体の活動の実態を明らかにして、また連携を促す方法を検討する。

この3つの目標に対して、以下の研究を行った。

研究 I : ギャンブル障害当事者の自助グループの研究

研究 1-1 : GA の文献研究。

研究 1-2 : GA の利用者のグループインタビュー調査

研究 I -3: 入所型回復施設による回復過程

研究 2. ギャンブル障害の家族の自助グループの研究

研究 2-1 : ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比

研究 2-2 : ギャマノン利用者に関するグループインタビュー調査

研究 2-2 : ギャマノン利用者の回復過程に

関する複線径路等至性アプローチ

(Trajectory Equifinality

Approach, TEA) による研究

研究 3 : 全国の民間団体や自助的な活動の研究

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究

本研究班では、ギャンブル障害の評価と治療に関する3つの研究(研究1、2、3)を行う。研究1では、ギャンブル障害の症状の指標である Gambling Symptoms Assessment Scale(GSAS)、及び Gambling Related Cognitions Scale(GRCS)の再検査信頼性を確認する。研究2では、PNFの、ギャンブル障害の症状、および治療ギャップの改善に対する効果を検討する。研究3では、ギャンブル障害における治療ギャップの背景を明らかにするため、日常的にギャンブルを行う2,000名を対象とした調査を行い、ギャンブラーのサブタイプを明らかにする。以上3点が、研究の目的とされた。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBTの効果検証研究において—

海外の研究では、ギャンブル障害には、さまざまな精神疾患(うつ病、不安障害、発達障害、他のアディクションなど)が併存し、さらに、併存疾患が存在すると、ギャンブル障害と併存疾患の両者の治療経過に悪影響をおよぼすことが報告されている。

一方、国内では、ギャンブル障害の併存疾患に関する研究は少なく、特に併存疾患の治療経過におよぼす影響は明らかでは

ない。そこで本研究では、ギャンブル障害の専門医療機関を受診したギャンブル障害患者を対象として、1年間にわたって前方視的に、精神科併存症の治療経過におよぼす影響を検討した。

6. 簡易介入の効果の検討：AIチャットボット GAMBOT2 の開発と効果検証

ギャンブル問題を抱える者がアクセスしやすく、低コストでの提供が可能で、効果的な簡易介入法を開発することを目的とした。

7. 治療プログラム研修および研修の効果検証

現在、我が国では、ギャンブル問題の相談に応じる医療機関は数少なく、治療・支援体制は十分とは言えない。海外では認知行動療法が有効であることが示されているものの、治療プログラムを実施する国内の医療機関も限られており、治療、支援体制の整備が急務である。

日本医療研究開発機構「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」班では、認知行動療法に基づくギャンブル等障害の標準的治療プログラムを開発し、その効果を検証し、有効性を確認した。今後は、プログラムンの普及、均霑化が必要である。

このような背景にて、本研究はギャンブル障害の標準的治療プログラムを普及するための研修会を計画、開催して治療技法の普及と均霑化を図ることを目的とする。さらに本研究では、評価尺度 J-GGPPQ を用

いて研修の前後で回答を得て、研修の効果を検証した。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作成-ニーズ調査とツール作成-

ギャンブル障害の治療・支援には多職種連携、多機関連携、自助グループや家族グループを含む地域の各資源の連携といった種々のレベルでの連携体制構築が不可欠である。ギャンブル障害の治療に関する国内論文や総説でも連携体制の必要性が繰り返し述べられており、またギャンブル等依存症対策基本法(平成30年法律第74号)第20条においても、地域における包括的な連携協力体制を構築することと明示されている。また当該連携協力体制には、専門医療機関やその他の医療機関、精神保健福祉センター、保健所、財務(支)局・地方公共団体の多重債務相談担当課、消費生活センター、日本司法支援センター、司法書士会等、市区町村、自助グループ・民間団体、関係事業者等が参加することとされている(基本計画第2章「IV 第1 各地域の包括的な連携協力体制の構築」)。

当分担任はこれを受けて、各地域に連携協力体制を構築することを目的とした地域連携マニュアルの作成を試みた。「地域連携マニュアル」を、ギャンブル等依存症対策基本法にある「地域における包括的な連携協力体制」を実現するための方策と広く考え、フローチャート式の手順書・説明書にとどまらない、各地域でフレキシブルに活用できる手引きの作成を試みた。またその前段階として、以下の2点も目的とした。

1. ギャンブル障害の相談機関において一

定の質を担保するための、汎用性の高いインタビューシートを作成（初年度）。

2. ギャンブル障害の地域連携に関する実態調査を行い、地域の資源の過不足、コミュニケーションや連携の実態調査、およびそこから浮かび上がる連携ニーズの調査（2年年度）。

本項では3年度の成果物であるギャンブル障害に対する地域での包括的な連携協力体制の構築手法を、その前提となる連携ニーズ調査の結果の後に報告する。

B. 研究方法

1. 医療機関における治療プログラムの効果検証

初年度（令和1年度）は、文献検索によってどのような因子が治療効果に影響するかを調査し、2年目以降の実態調査および追跡調査研究のプロトコール作成の参考とする。令和2年度には、ギャンブル外来を有する医療機関に調査への協力を呼び掛けて参加施設を募った。データ収集は、各医療機関で共通のデータベースを使用して、治療を求めて受診するギャンブル障害患者を対象としてベースラインで実態を把握すると共に、同意の得られた者を対象に、追跡調査をすることにより、治療効果を検証し、さらに同居家族の有無や就労状況等の社会経済的背景情報や対処スキルなどの心理的特徴を調査して治療効果の予測因子を探る。予後調査にエントリーするギャンブル障害患者数は200例を目標とし、追跡期間は1年とする。治療効果の判定には様々な尺度が存在するが、ギャンブル行動の有無や頻度、掛け金といったギャンブル行動に関する

情報のみならず、治療の継続状況、自助グループへの参加率、社会機能の自記式評価尺度、ギャンブル問題の症状や重症度を多角的に測定する尺度、ギャンブル障害の非合理的な考えを測定する尺度、うつ、不安の強さの評価尺度といった評価尺度も用いて効果を測定する。

症例登録の手順は、まず協力医療機関を新規に受診する者を対象とし、各医療機関で共通の予診票を用いて情報を聴取する。また、診断は、ギャンブル外来担当医師が Structured Clinical Interview for DSM-5 Research Version: SCID-5-RV) に基づき、構造化診断面接を行ってギャンブル障害の診断を確定する。さらに調査に同意の得られた者には、併存疾患のスクリーニングを目的とした構造化面接予診 (Mini-International Neuropsychiatric Interview: MINI) および Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholics, 2nd edition (SSAGA-II) の注意欠陥多動性障害セクションを行った。併存疾患スクリーニングのための構造化面接は、精神保健福祉士、心理士など各医療機関の担当者が実施した。同意の得られた対象者の調査への組み入れおよびベースライン調査は、タブレットPCや受診者のスマートフォンを利用して情報を得たが、パソコン操作に不慣れな者の場合には、紙の調査票を用いた。令和2年度は、これらの予診票作成、構造化面接の記録用紙などの帳票類の作成に加えて、評価尺度や聴取データを入力するシステムの構築および追跡調査を対象者のスマートフォンで回答できるよう追跡調査用のシステムの開発を行い、対象者の登録を開始した。

令和3年度は、ギャンブル障害患者の調査組み入れを継続するとともに、追跡調査を実施した。追跡調査は、受診後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月後に調査を行った。

1. 調査対象者

対象者は、研究協力医療機関のギャンブル外来を受診する初診、再初診または初診から1か月以内の受診者で以下の選択基準を満たす者とする。

- 1) 年齢は20歳～65歳の男女
- 2) DSM-5にてギャンブル障害と診断される
- 3) 調査に同意が得られる
- 4) 治療プログラム参加の有無は問わない一方、除外基準は以下とした。

- 1) 調査に同意が得られない
- 2) ギャンブル障害と診断できない
- 3) 認知機能に問題があり、質問の理解が不十分
- 4) 言語に問題があり、質問が十分理解できない
- 5) 担当医師が調査対象として適当ではないと判断する者

各医療機関では、ギャンブル問題を主訴に受診し、上記項目に合致する者に対して、各医療機関で共通の予診票に従って下記の情報を聴取し、担当医師がStructured Clinical Interview for DSM-5 Research Version: SCID-5-RV)に基づいて診断を行い、ギャンブル障害と診断されるものを対象に、調査について説明し、同意の得られた者を調査に組み入れて、ベースライン調査を実施した。

2. ベースライン調査

ベースラインの調査は、面接によって

以下の内容を聴取した。

1. 予診による聴取
 - a) 氏名、性別、年齢、生年月日
 - b) 住所、電話番号（固定電話と携帯）、メールアドレス
 - c) 同伴受診者の有無と情報提供の有無
 - d) 最終学歴
 - e) 婚姻状況、婚姻歴
 - f) 就労状況（職業）と仕事の種類
 - g) 主な収入と世帯年収
 - h) 住居について
 - i) 同居家族の有無
 - j) 受診のきっかけ
 - k) ギャンブル問題の相談経験の有無
 - l) ギャンブル歴（開始年齢、習慣的ギャンブル開始年齢、隠れギャンブル、問題化年齢、初めて発覚した問題の種類と年齢、受診前の最終ギャンブル）
 - m) 主なギャンブルの種類と方法（オンライン利用の有無）
 - n) ギャンブルを始めたきっかけ
 - o) ギャンブルの状況（頻度、勝った金額・負けた金額、平均金額）
 - p) ギャンブルによる問題（家庭問題、社会・学業問題、借金の有無と金額）
 - q) 健康問題（身体と精神、既往を含む）
 - r) 喫煙と飲酒の状況
 - s) 自殺念慮（過去、現在）と自殺企図経験の有無
 - t) 治療目標（節ギャンブルか断ギャンブルか）
 - u) GA参加の有無
 - v) 希望する治療

2. 併存疾患調査

精神科併存疾患の有無については、以

下の構造化面接によって併存疾患の有無について評価を行った

- a) 併存疾患 (MINI)
- b) Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholics, 2nd edition (SSAGA-II) (注意欠陥多動性障害セクション)

3. 自記式調査票 (ベースライン調査)

以下の項目について対象者より回答を得た。

- a) ギャンブル症状評価尺度 (Gambling Symptom Assessment Scale: GSAS) (12 問)
- b) ギャンブル認知の評価尺度 (Gambling Related Cognitions Scale: GRCS) (23 問)
- c) ギャンブル問題の重症度尺度 (Problem Gambling Severity Index: PGSI)
- d) 抑うつ尺度 (K-6) (6 問)
- e) 飲酒問題 (AUDIT-C) (3 問)
- f) フラッシング質問票 (2 問)
- g) 喫煙の有無 (1 問)
- h) 衝動性尺度 (Barratt Impulsiveness Scale: BIS) (30 問)
- i) 小児期逆境体験質問票 (1 問)

診断は、各医療機関の担当医師が面接にて行ったが、予診、併存疾患スクリーニングのための構造化面接は、精神保健福祉士、心理士など各医療機関の担当者が実施した。同意の得られた対象者の調査への組み入れおよびベースライン調査は、タブレット PC や受診者のスマートフォンを利用して情報を得たが、パソコン操作に不慣れな者の場合には、紙の調査票を用いた。

診断後の治療内容は、各医療機関で通常実施されているもので担当医がその適応を判断した。追跡調査は、治療プログラム参加の有無にかかわらず、同意の得られたものを対象として実施した。

4. 追跡調査

調査に同意し、かつ追跡調査にも同意した者を対象に、受診後 1 カ月、3 カ月、6 カ月、9 カ月、12 カ月後に調査を実施した。追跡調査は、スマートフォンで登録した者は、スマートフォンで回答を得て、紙で回答した者はアンケートを郵送して回答を返送してもらった。

調査項目は以下の内容である。

- a) 通院の有無 (毎回)
- b) 治療内容 (プログラム参加、個人精神療法など) (毎回)
- c) プログラム終了の有無
- d) 初診からのギャンブルの有無 (毎回)
- e) 調査前 1 ヶ月間のギャンブル回数 (毎回)
- f) 初診後のギャンブル回数 (毎回)
- g) 調査前 1 カ月間にギャンブルに使った金額の平均 (毎回)
- h) 初診からの借金の有無 (毎回)
- i) 治療目標 (6 か月後、12 か月後)
- j) 社会機能の自記式評価尺度 (Work and Social Adjustment Scale: WSAS) (5 問) (1 か月後、6 カ月後、12 ヶ月後)^{24, 25)}
- k) GSAS、PGSI、K-6、GRCS (6 か月後、12 か月後)

5. 統計学的解析

ベースラインで聴取した属性および臨床的特徴に関して記述統計を中心に集計した。群間の有意差検定は、量的変数については t-検定を、カテゴリカル変数については、ピアソンのカイ二乗検定またはフィッシャーの正確確率検定を用いた。検定を用いる際は、有意水準 5%を基準として、統計的有意性を判定した。データ解析には統計ソフト

ト SAS ver. 9.4 を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は、久里浜医療センターおよび各協力医療機関において倫理審査委員会の承認を得て実施している。

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究

1. 研究①(治療プログラム使い方研修の実施と効果検証)

精神保健福祉センター職員および自治体の支援者(保健所職員など)のうち希望者に対し、「ギャンブル障害の認知行動療法プログラム(SAT-G)」の使い方研修を実施した。研修内容は、①ギャンブル障害の相談における基礎知識、および②同センターで開発された Shimane Addiction recovery Training program for Gambling disorder (SAT-G: SMARPP を参考に作成された、ギャンブル障害向けの回復プログラム)の使い方とした。

また、研修の前後でアンケートを実施して研修効果を解析した。アンケートの内容は、(1)ギャンブル障害に関する基礎知識(正誤を回答する方式の質問6問:「2017年9月に厚生労働省が発表したギャンブル等依存症が疑われる者は生涯で何万人と推計されるか」「日本ではギャンブル障害の当事者が行っているギャンブルで最も多いのは?」「世界のギャンブル用の電子ゲーム機械のうち日本が占める割合は?」「当事者がギャンブルを止めるために最も大切なことは?」「当事者で自殺企図をするものは障害で何%程度と言われているか」「当事者の家族が相談に来所した時にまず最初にすべき

ことは何か?」)、(2)支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるか(5段階のリッカート尺度)、(3)SAT-Gの相談援助業務での活用可能性(4段階のリッカート尺度)、(4)GGPPQ(Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire:ギャンブル障害者に対して仕事をする際の従事者の態度を評価する質問紙。薬物使用障害の支援者向けに作成されたDDPPQをギャンブルに読み替え、一部質問を改変して使用)、(5)研修への感想(自由記載)とした。

また、令和元年度までに行った対面式での研修の効果と令和2年度に行ったオンラインでの研修の効果も比較した。

さらに、本研修による全国の精神保健福祉センターへのSAT-Gプログラムの活用状況を調査し、研修効果の指標として検討した。

2. 研究②(全国の精神保健福祉センターのギャンブル障害の相談件数等の推移の継続調査)

全国69箇所の精神保健福祉センターに対し、「ギャンブル障害の相談・治療に関する調査」を令和1年10月30~12月27日、令和2年10月23日~令和2年11月17日、令和3年9月13日~令和3年10月26日に行った。

調査票の内容は、1)薬物依存症・ギャンブル障害の相談件数 2)指定相談機関の選定状況 3)治療・回復プログラムの実施状況 4)連携状況で、令和2年と3年は5)新型コロナウイルス感染症の影響も追加した。これらを集計し経年モニタリングを実施した。

質問票はMicrosoft EXCELの電子ファイルを、全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを用いて配布し、直接ファイルに回答を記載し、Eメールでの返信を依頼した。

なお、本調査は令和3年度障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）研究費「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究」分担研究「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」（分担研究者：白川教人）と合同で実施した。

3. 倫理的配慮

研究①、研究②とも全国精神保健福祉センター長常任理事会倫理委員会の承認を受けて行われた。研究①では、研修参加者募集案内において、研修の目的、効果測定の実施を明記し、参加は任意とした。効果測定のための質問紙はセンター名の記載のみで匿名で回答できるようにした。結果公表時にはセンター名は表記しない。データは鍵のかかる所定の場所で管理し、研究後の使用後は破棄する。研究②では、個人情報扱っていない。

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出

研究1-1：ギャンブル障害当事者の自助グループ（GA）の効果に関する文献研究

GAの有効性について書かれた論文を収集した。収集にあたっては、Gambling Anonymous (GA)、self help group、Gambling disorder、efficacy、effectivenessをキーワードにして、PubMed、Googleで検索したうえで、見つ

かった論文の関連文献からさらに収集することを繰り返した。今回は言語として英語のみを選択した。その論文の形式やテーマをもとに整理して、実証性や論点について考察を行った。

研究1-2：GAの利用者のグループインタビュー調査

GAの利用者にグループインタビューを行った。これらのグループは匿名の形で運営しており、団体としては調査研究に回答しない方針を持っている。そのため、あくまでもこれらのグループの経験者としての個人的な感想としてお聞きするものである。

調査内容：各施団体で対応しているスタッフや利用者に以下のような内容のインタビューを行う。自助的な活動を行っている民間団体の場合には、スタッフでもあり利用者でもあるという場合があるので、両方を兼ねている人は両方の立場からの質問を行う。

（利用者へのインタビュー内容）

- ・当該の民間団体をどのように知ったか、またどのように利用してきたか
- ・利用していて助けになったこと
- ・利用にあたって困難に感じたこと
- ・その他、ギャンブル障害の支援に関しての感じていること。

（スタッフへのインタビュー内容）

- ・利用者への支援で行っていること
- ・援助をされていて手ごたえを感じていることや困難に感じていること
- ・関連機関との連携について
- ・その他、ギャンブル障害の支援に関しての感じていること。

インタビュー録音を起こしたトランス

クリプトをもとに、その内容に表題＝コードをつけて、さらにコードを内容的に分類し親コードをカテゴリーとしてまとめた。この分類を行うに際しては、MAXQDA2020(ライトストーン社)という質的分析の支援ソフトを用いた。

研究 2-1： ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

ギャンブル障害の家族で、継続的に支援を受けている家族が、自助グループ、精神保健福祉センター、医療機関の支援の違いによってどのような回復をたどるのかの差を調べるために以下の調査を行った。

(1) 研究対象

家族のギャンブルについて問題があり、医療機関、行政機関、自助グループから継続的に支援を受けている方である。調査目標人数は、医療機関 50 名、行政機関 50 名、自助グループ 200 名であるが、今回は収集途中の中間的分析になる。

(2) 調査内容；

調査内容は、以下の通りである（添付資料 7）。質問への回答に要する時間は、概ね 20～30 分程度である。

- ① 基本属性：年齢（当事者、家族）、性別（当事者、家族）、職業（当事者、家族）、学歴（当事者、家族）当事者との関係、家族構成
- ② 当事者の状況；ギャンブルの種類、ギャンブルの程度（期間、頻度、金額）当事者はギャンブルを継続しているか、何らかの支援を受けているか
- ③ 家族がギャンブル関連問題に気付いた時期、きっかけ
- ④ 家族はどのような支援を利用している

か、支援の具体的内容

- ⑤ 支援機関につながった時期、きっかけ
- ⑥ WHO/QOL26
- ⑦ SOC 質問票日本語版
- ⑧ 家族の理解と関わりに関する尺度

(3) 調査方法

研究対象者のリクルート方法として、研究責任者や学生分担者から、ギャンブル依存症家族の会の代表、医療機関及び行政機関の責任者に対して、研究の目的、内容、倫理的配慮について、説明書と口頭で説明を行う。責任者がこれに承諾をした場合には、同意書にて同意を得る。その際、同意後も随時撤回可能であることも説明し、同意を撤回する場合に同意撤回書を出していただく。調査をお願いする研究対象者の選択については、参加者の自由意志に基づいて行われ自主性が尊重されることとする。その後、参加している家族に対して、ポスター及び説明書を渡して頂き、本研究の目的、内容、協力は研究対象者の自由意思であること、非協力による不利益が一切生じないことを伝える。研究協力の承諾が得られた方には、アンケートへの回答をお願いする。（なお、ギャンブル依存症家族の会においては、SNS（LINE）を通して研究の説明を行う。）研究に同意する場合は、ポスターに掲載された QR コードまたは URL にてアクセスして頂き、質問サイトの最初のページにある「同意する」のチェックボックスにチェックをしていただいた上で、回答をお願いする。ネットアンケートができない方の場合には、担当者より質問紙を返信用封筒と共に配布していただき、回答いただく。質問紙への回答と返信によって同意したこととみなす。なお、ア

ンケート記入の途中で協力をやめても差し支えないことも伝える。

なお、研究対象者は調査に協力することを同意した後は、無記名で提出され、個人の特特定ができないために撤回できるのは質問項目の回答前のみで、回答後には撤回できないことを伝える。

研究 2-2：ギャンブル障害の家族の自助グループに関するグループインタビュー調査

GA の利用者にグループインタビューを行った。これらのグループは匿名の形で運営しており、団体としては調査研究に回答しない方針を持っている。そのため、あくまでもこれらのグループの経験者としての個人的な感想としてお聞きするものである。

調査内容：各施団体で対応しているスタッフや利用者に以下のような内容のインタビューを行う。自助的な活動を行っている民間団体の場合には、スタッフでもあり利用者でもあるという場合があるので、両方を兼ねている人は両方の立場からの質問を行う。

(利用者へのインタビュー内容)

- ・当該の民間団体をどのように知ったか、またどのように利用してきたか
- ・利用していて助けになったこと
- ・利用にあたって困難に感じたこと
- ・その他、ギャンブル障害の支援に関しての感じていること。

(スタッフへのインタビュー内容)

- ・利用者への支援で行っていること
- ・援助をしていて手ごたえを感じていることや困難に感じていること
- ・関連機関との連携について
- ・その他、ギャンブル障害の支援に関して

の感じていること。

インタビュー録音を起こしたトランスクリプトをもとに、その内容に表題＝コードをつけて、さらにコードを内容的に分類し親コードをカテゴリーとしてまとめた。この分類を行うに際しては、MAXQDA2020(ライトストーン社)という質的分析の支援ソフトを用いた。

研究 2-3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

自助グループによるギャンブル障害の家族の回復の効果や経過を明らかにするために以下のような方法を用いた。

1. 対象

ギャンブル障害の家族のうち、自助グループ等に 1 年以上継続的に通っている家族 23 名を対象とした。ギャンブルの影響を受けた家族・友人の自助グループであるギャンマン (GAM-ANON) は、2022 年 1 月現在国内に 211 グループ存在し、「家族の回復」を目指しているコミュニティであるが、グループの取り決めにより、調査等には参加しないことになっている。そのためギャンマンのメンバーが多く参加している民間団体に研究協力を依頼した。対象選定の理由は、本研究の目的が、ギャンブルの影響を受けた家族がギャンブル関連問題に遭遇し、対処していく時間的な経過の中で、家族の回復を目指して自主的に参加し続けているからである。

2. データ収集方法

ギャンブル障害に関連した問題から家族自身が支援を受け、回復を目指していく

個別具体的な出来事を、それぞれが体験した個人の意味世界に近づき、理解する必要が考えたため、研究協力者が自由に語るができる半構造的面接技法が適していると考え、採用した。調査時期は2020年12月から2021年2月にかけて実施した。なお、新型コロナウイルス感染症の蔓延防止のため、オンライン面接とした。面接は承諾を得られた後に、録音を開始し、トランスクリプト後は録音データの削除と、固有名詞等の記号化を行なった。

3. 調査内容

- (1) 年齢、(当事者、対象者)、家族と当事者の現在の支援の有無とその内容
- (2) 支援につながった要因、状況(当事者の状況、家族の状況)
- (3) どのような支援を受けたか、参加時の態度やコミット
- (4) 支援による変化の内容(自身と当事者の変化)
- (5) 現在自助グループに通っている理由
- (6) ギャンブル障害の家族の回復とはどのようなものだと認識しているか

4. 分析方法

本研究では、ギャンブル障害の家族がギャンブル関連問題の影響を受けていたところから、家族自身が回復していくという時間の経過の中で、社会構造や、依存症当事者との関係、同じ境遇の仲間との体験を通して、出来事や思い、考えを可視化するために、複線径路・等至性アプローチ(Trajectory Equifinality Approach: TEA)(安田, サトウ, 2012)を採用した。この分析方法は、研究目的を等至点とし、個別的で具

体的な多様性を捉えつつ、経路の類型化を図ること、研究協力者にトランスビューを行うことによって、信頼性、妥当性を担保することが可能であるという強みがある。

TEAで用いられる用語を表1に示す。TEAは3つの基礎概念①調査協力者を選別する基準を示す「歴史的構造化ご招待」(HIS)、②「複線径路・等至性モデル」(TEM)、③発生の三層モデル(TLMG)から構成される。HISは研究の場に社会的存在として歴史的に構造化された文脈において出来事を経験してきたその経験を当事者の視点で語る対象としてその当事者を研究の場にご招待するというものであり、本研究では、ギャンブルの影響を受けた家族を当人の視点で経験の語りデータをとしたことになる。TEMは、時間軸(非可逆的時間)に沿って、類似した経験である等至点(EFP)に着目した場合そこに至るまでの経路が複数あると想定し、EFPとは対極にある点として、両極化した等至点(P-EFP)を設定する。そして、そこに行き着くまでの経路には、必須通過点(OPP)、分岐点(BFP)があり、そこに作用する社会的方向づけ(SD)、社会的助勢(Social SG)を図示する。TEAの用語についての説明を表1に示した。

本研究ではアウトカムを①ギャンブルの影響を受けた家族の回復のライフストーリーと、②家族の捉える自身の回復とし、研究協力者23名分のTEM図を作成した。TEMの分析手順は以下のとおりである。①トランスクリプトした文字データから主な出来事を抽出し、時間軸で配置する、②アウトカムとの視点から、データの切片化とコーディングによりラベルを生成する、③KJ法の要領で生成したラベルをボトムアップ方式で

多段階のコーディングを行い、リアリティのあるコードを生成する、④生成したコードを表1のTEMの主要概念であるOPP、BFP、SD、SGと照合しながら配置した。コード化、配置にあたっては常にデータに立ち返りながら研究者の主観が入らないよう十分配慮して行った。TEMでは対象者と研究者の視点・見方の融合つまり結果の真正性に近づけるために面接は3回を推奨している。調査対象者それぞれのTEM図を作成し、対象者に提示し、認識のずれを修正するとともに、内容を深く掘り下げデータの信頼性の確保に努めた(トランスビュー)。全員分のTEM図を作成した後、属性毎(経験年数、立場毎、全員分の3種)にまとめたTEM図を作成し、経験の類型化を図った。また、TEA勉強会で発表し、TEAに精通した専門家からの指導を受けた。

研究4：全国の民間団体や自助グループの活動の研究

対象：昨年度に収集した全国のアディクションに関する自助グループ・民間団体に加え、昨年度取り上げ切れていなかった団体も探索し、対象に加えた。

調査方法：調査用紙を送付し、それを返信用筒で返却してもらった。

(倫理面への配慮)

研究1-1

レビュー研究であるため、これについては倫理審査は行っていない。

研究1-2、研究2-1、2-2、2-3、研究3

筑波大学医の倫理委員会の承認を得て行った。

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究

研究1、2、3における研究参加者はすべて、インターネット上で募集された。研究1、2の調査対象は、ギャンブル障害が疑われる者(ギャンブル障害者のスクリーニング指標であるPathological Gambling Severity Indexが3点以上の者)であった。研究3の調査対象は、日常的にギャンブルを行う2,000名であった。研究期間は2020年11月～2022年2月であった。研究倫理審査は、研究1および2については岡山県精神科医療センター、研究3については、川崎医療福祉大学にて、それぞれ承認を得た上で実施された。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBTの効果検証研究において—

1. 調査方法

1) 初年度(令和元年)

ギャンブル障害における精神科併存症の現状と、ギャンブル障害の治療経過におよぼす影響を前方視的に検索するための調査用紙を作成した。調査用紙の内容は以下の通りである。

1) 0カ月時のみの調査項目

①精神疾患簡易構造化面接法(The Mini-International Neuropsychiatric Interview：M.I.N.I.)

②患者背景(性別、年齢、学歴、婚姻歴、職業)

③精神科併存症(有無、種類)

④心理社会的問題(過去の外傷体験など)

⑤これまでのギャンブル活動(ギャンブル開始年齢、問題ギャンブル発症年齢、ギャンブル行動のきっかけ、医療機関を受診したきっかけ)

2) 0 カ月、3 カ月、12 カ月時の調査項目

- ① 注意欠如・多動性障害評価尺度 (Adult ADHD Self-Report Scale :ASRS)
- ② 自閉症スペクトラム指数 (Autism-Spectrum Quotient :AQ)
- ③ 現在のギャンブル活動 (ギャンブルの種類、1 ヶ月あたりの使用金額・頻度)
- ④ 治療・支援・行政機関の利用状況
- ⑤ ギャンブル障害のスクリーニングテスト (The South Oaks Gambling Screen: SOGS)
- ⑥ うつ病評価尺度 : (Patient Health Questionnaire : PHQ-9)
- ⑦ 社会機能評価尺度 (The Sheehan Disability Scale :SDS)

2) 2 年度、3 年度 (令和 2 年、3 年)

2 年度と 3 年度において、初年度に作成した調査用紙を用いて調査を行った。

① 調査対象者

調査対象者 (被験者) は、本研究の協力医療機関 11 施設において、主たる精神疾患がギャンブル障害と診断された初診外来患者 (2020 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日) である。被験者の選定にあたっては、以下の選択基準を設けた。

- (1) 20 歳以上。
- (2) 主たる精神疾患が DSM-5 の物質関連障害および嗜癖性障害群における非物質関連障害群の「ギャンブル障害」の診断基準を満たす者。

② 調査手順

まず、研究医療機関の医師および医療スタッフが、ギャンブル障害の診断基準を満たす初診患者に本研究の説明を行った。本研究の協力が得られる場合には、後日、東京慈恵会医科大学の研究スタッフが zoom

または電話にて研究内容を詳細に説明しうえて、書面での同意を取得した。

② 測定項目

調査は、アンケート用紙を被験者に郵送し、研究スタッフが zoom や電話で質問項目を説明して、被験者が調査用紙に回答を記入した後に返送する形式を採用した。調査は、初診より 0 カ月、3 カ月、12 カ月後の計 3 回行い、0 カ月時点のみ構造化面接を行った。調査項目は以下の通りとした。1 回の調査について 5000 円相当の QUO カードを調査協力の謝礼とした。

③ 統計学的解析

2020 年 6 月～2022 年 3 月までに、ギャンブルの問題で本研究の協力医療機関を受診し、主たる精神疾患がギャンブル障害と診断された外来患者の中で同意の得られた者 60 名 (男性 58 名、女性 2 名) を対象とした。

まず、全体の属性および臨床的特徴に関する記述統計を明らかにした。次いで、精神科併存症のある患者 35 名、併存症のない患者 25 名により被験者を 2 群に分けた。群間の有意差検定は、量的変数については t-検定を、カテゴリカル変数については、ピアソンのカイ二乗検定またはフィッシャーの正確確率検定を用いた。

また、併存疾患の有無による治療状況の変化 (フォローアップ調査) については、初診より 3 か月経過時および 12 か月経過時に返信があった 26 名を対象とした。カテゴリカル変数においては比率を算出し、連続変数においては平均得点を算出した。

なお、検定を用いる際は、有意水準 5% を基準として、統計的有意性を判定した。また、データ解析には統計ソフト IBM SPSS

Statistics ver. 25.0 を用いた。

2. 倫理面への配慮

本研究は、東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得て行った。同意取得後も、同意の撤回は被験者の自由であり、撤回によって被験者に不利益にならないことを保証した。個人情報に記載されている調査用紙は、個人情報保護の観点から鍵のかかったキャビネットに厳重に保管した。また、個別の調査用紙の内容は、個人情報保護の観点から主治医に知らせないこととした。

6. 簡易介入の効果の検討：AI チャットロボット GAMBOT2 の開発と効果検証

2019、2020年度にオンライン簡易介入チャットロボットGAMBOT2の開発と改良を行い、2021年度にギャンブル問題を持つ者をGAMBOT2使用に加えてセラピストからのテキストメッセージによる簡易サポートを受ける介入群とGAMBOT2使用のみの対照群にランダム割付し、ギャンブル症状、ギャンブルに関連する認知、支援希求行動の変化を両群間で比較するランダム化比較試験を実施した。目標サンプルサイズは合計134名に設定した。

(倫理面への配慮)

本研究班で実施した研究は倫理審査で承認を得た後に研究参加者から同意を得て実施した。

7. 治療プログラム研修および研修の効果検証

ギャンブル障害の治療プログラムを普及するための研修会を実施して治療プログラムや家族支援に関する手法の普及と均霑

化を図る。初年度は、平成30年度の日本医療研究開発機構研究班で開発され、ランダム化比較試験によって有効性が確認された認知行動療法プログラムを普及させるための研修プログラム案を作成した。研修は2年目から実施する予定であったが、新型コロナウイルス感染拡大のため、実施することができず、3年目に対面で研修を実施した。研修の効果検証には、J-GGPPQ (Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire)を用いた。J-GGPPQは、Takano Aらによって標準化された日本語版 Drug and Drug Problems Perception Questionnaire という薬物依存の支援に関わる援助者の態度を測定する評価尺度をギャンブル用に改編して小原らによって作成された評価尺度である。20問からなる自記式の尺度であり、リッカート法による7段階の尺度である。下位尺度は、「知識とスキル」、「役割認識」、「相談と助言」、「仕事満足と自信」、「患者の役に立つこと」の5つの下位尺度から成る。

参加者には、研修の前後で J-GGPPQ への回答を求め、研修前には、性別、職種、居住地、ギャンブル障害支援の経験年数に関する回答を求めた。

(倫理面への配慮)

研修プログラムの効果の検証のため、J-GGPPQ を含むアンケートへ無記名で回答を求めることについては、久里浜医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。研修受講者には、アンケートへの協力は任意であること、協力しなくても不利益はないことその他、研究の意義、方法について説明し、回答をもって同意とみなした。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作成-ニーズ調査とツール作成-

1. 調査方法

1) 初年度(令和元年)

本研究のためのリサーチデザインを計画した。また支援機関がギャンブル問題の際に活用可能なインタビューシートを作成した。

2) 2年度(令和2年)

全国の精神保健福祉センター72施設を対象にギャンブル問題に対する地域資源、センターで行っている取り組み、問題点などを調査した。

3) 3年度(令和3年)

調査結果を解析し、その結果から考え得るギャンブル障害の連携マニュアルのあり方を模索した。

① 調査対象者

ギャンブル障害の地域連携の資源や連携の実態を把握するため、全国の精神保健福祉センターを対象にアンケート調査を実施した。

(ア) 調査手順

はじめに精神保健福祉センター長会を通じ、各精神保健福祉センターに対して本調査の協力依頼を行った。回答は他の研究でもweb調査実績を持つSurveyMonkey(jp.surveymonkey.com)を使用して行った。調査は2021年3月23日から2021年6月1日まで行われ、72の精神保健福祉センターから回答を得た。

研究の目的についてはwebサイト冒頭にも研究概要に記載し、説明文書では調査が無記名であること、結果は統計的に処理されること、個人が特定されることや不利益が生じることはないこと、研究への同意はアンケートの返送を持って代えることについ

ての説明等を記載した。以上の配慮をもって、国立病院機構さいがた医療センター倫理審査委員会の承認(承認番号:21-5)を得て、調査の実施と分析を行った。

③ 測定項目

調査はSurveyMonkeyを通じ、以下の項目を設問として問うた。所属機関や職業(職種)、実務経験年数といった回答者の属性、管轄地域内のギャンブル等依存症をあつかう病院の数、ギャンブル等依存症の治療拠点機関数、回復施設の数や回答施設でギャンブル障害の研修を受けた職員数、ギャンブル等依存症の連絡会や事例検討会の開催頻度などの資源に関する設問、ほかに自由記述回答4項目を含めた合計16項目の設問を設置した。

(イ) 統計学的解析

本調査は精神保健福祉センターにおける現状や医療機関や回復施設等との連携について検討することを目的としている。そのため、以下の手続きで分析を行うこととした。

- A) 記述統計および度数分布によって現状について把握を試みた。
- B) 「ギャンブル等依存症に関して相談可能な医療機関の数」を結果因子とし、それに影響を与える説明因子を相関行列によって探索した。
- C) 上記で探索された説明因子が相談可能な医療機関数にどの程度の影響をおよぼすのかを、重回帰分析によって調べた。
- D) 自由記述の内容を分析した。

解析にはJMP Ver. 16.2 Macintosh版を使用した。

2. 倫理面への配慮

本研究を実施するに当たり、各精神保健福祉センターに研究の概要と説明文書を送付した。研究の目的についてはwebサイト冒頭にも研究概要に記載し、説明文書では調査が無記名であること、結果は統計的に処理されること、個人が特定されることや不利益が生じることはないこと、研究への同意はアンケートの返送を持って代えることについての説明等を記載した。以上の配慮をもって、国立病院機構さいがた医療センター倫理審査委員会の承認（承認番号：21-5）得て、調査の実施と分析を行った。

9. 倫理面への配慮

本研究は、各分担研究者の所属する機関の倫理審査委員会の承認を得て実施する。研究1および7は、国立病院機構久里浜医療センター倫理審査委員会、研究2は全国精神保健福祉センター長理事会倫理委員会、研究3は筑波大学医学部倫理委員会、研究4は、新潟大学倫理委員会、研究5は東京慈恵会医科大学倫理委員会、研究6は、岡山県精神科医療センター倫理委員会、研究8は、国立病院機構さいがた医療センター倫理委員会である。各調査とも、調査対象者に対しては、調査の趣旨・内容・方法等を記した文書を提示して調査の内容を伝え、書面による同意を得た上で調査を実施した。また、得られた情報は厳密に保管して、本調査の関係者以外が取り扱えないよう配慮し、個人情報への漏洩予防には十分な対策を講じた。データの公表の際には個人名などの個人が特定される情報は削除し、個人情報の保護には十分配慮す

る。

C. 研究結果

1. 医療機関における治療プログラムの効果検証

1) 文献調査

1990年から2016年までに公表されたギャンブル障害の心理療法の治療効果に関する50の論文の系統的レビューによると、治療効果の予測因子について追跡期間を治療1か月後まで、短期間（治療後3～6か月）、中間期間（9～12か月後）、長期間（24か月を超える）に分けて予測因子を評価している。また、予測因子を5つに分類している。すなわち、社会人口学的特徴（年齢や性別など）、ギャンブルに関連した患者の特徴（ギャンブルに関連した借金や治療前のギャンブル行動など）、心理、心理社会的特徴（うつや社会的サポートなど）、その他の患者の特徴（治療薬の使用など）、治療と治療者関連の特徴（治療者の性別、参加したセッションの数など）である。

複数の研究で調査された要因として、高齢、重要な他者の存在、ギャンブル関連の借金がなく、治療前のギャンブル障害の重症度が低いこと、アルコール使用が少ないこと、うつ症状が少ないこと、変化のステージが実行期にあること、パーソナリティ傾向として、自己超越、新奇性追求、損害回避の傾向が低いこと、持続傾向が高いこと、治療セッションの参加回数が多いことが良好な治療成績と関連していた。一方、性別、治療目標、ギャンブル行動は結果が一致していない。治療目標については2つの研究で結果が分かれており、断ギャンブルが良好な治療成績と関連するという報告と、

適度なギャンブルを目標にすることが良好な結果と関連するという報告がある。

治療後短期間(3~6か月後)の予後は、10件の研究結果をまとめ、複数の研究で検討された要因の中で、男性、重要な他者の存在、抑うつ傾向の低さは良好な予後と関連していた。一方、年齢、教育レベル、雇用状況、ギャンブル障害症状の重症度、不安、物質使用、過去のギャンブル障害治療歴は、予後との有意な関連を認めなかった。検討した研究数が少ないが、有意な関連が認められた要因としては、民族、子供がいること、ギャンブル行動、精神的健康度、変化のステージレベル、回復への努力、参加した治療セッションの数、治療の完了や治療への満足度が含まれている。中間期間(9~12か月)については、17件の研究結果がまとめられ、複数の研究で検討された要因のうち、高齢、雇用されていること、男性、独身、ギャンブル行動が低いレベルにあること、ギャンブル障害症状の重症度が低いこと、アルコール使用が少ないこと、パーソナリティ傾向(神経症傾向が軽い、新奇性追求が低いこと)、参加した治療セッション数が多いこと、断ギャンブルを治療目標とすることが有意に良好な予後と関連していた。一方、うつについては結果が一致しておらず抑うつ傾向が強いことが予後不良と関連するという結果と気分変調性障害が良好な予後と関連するという結果が報告されている。教育レベル、民族性、収入、好きなギャンブルの種類、ギャンブル問題の期間、不安、心理的抑うつ、物質使用や治療薬の使用は予後と関連していない。

検討している研究数が少ない項目で有意な関連が認められたものには、子供がい

ること、認知の偏り、断ギャンブル日数、自己効力感、精神的健康度、変化のステージレベル、行動的に条件づけられたサブタイプのギャンブル、医学的問題があること、過去のギャンブル障害治療歴、過去の精神疾患治療歴、治療プログラムを完了すること、治療への満足度が報告されている。

長期間(24か月を超える)の予後には2件の研究が報告されており、ギャンブルによる借金とパーソナリティ傾向(新奇な経験)が良好な治療成績との関連を示した。

2) ベースライン集計

a) 予診情報の集計

調査対象者の組み入れは、2021年2月8日から2021年9月20日までの間である。調査に同意して、登録されたのは、男性195名(平均年齢:36.2±8.7歳)、女性7名(平均年齢39.1±9.8歳)であり、参加者は、調査目標の200名に到達した。参加者の年代は男女とも30歳代が最多であった。家族構成は、男性は配偶者との同居が最多で、子供との同居が次ぎ、女性は子供との同居が最多で、配偶者との同居、親との同居が次ぎに多かった。婚姻状況について、男性は既婚が過半数で、離婚が次に多いが、女性では未婚が最多で、離婚が次に多い。最終学歴については、男性は大学が最多で、女性は高校が最も多かった。修了の有無は、卒業が147名(80.3%)であり、中退が33名(18.0%)、在学中3名(1.6%)であった。

職業は、雇用されているのは、正規・非正規を問わず男性の83.4%、女性の71.4%であった。主な収入の分布は、本人の収入と回答したのは、男性の85.3%、女性の71.4%といずれも最多であった。年収金額の分布については、無回答が28例と多いが、

男性は400万円以上600万円未満が最多で、女性では100万円以上200万円未満が最多であった。

受診時の精神的問題で最も頻度が高いのは、男性では不安(40.2%)で罪悪感が33.9%と次に多い。女性も不安とイライラが各々57.1%と最も多い。

生涯および過去1年間の希死念慮の有無、生涯の自殺企図の有無は、いずれも高い割合であり、男女間に有意な差は認めなかった。

喫煙の有無については、男女とも4~5割が喫煙者であった。飲酒の有無、アルコール使用障害のスクリーニングテスト(AUDIT-C)については、男性の69.1%、女性の57.1%が飲酒していたが、AUDIT-Cのカットオフ値(男性5点、女性4点)を上回って飲酒問題が疑われたのは、男性の26.7%、女性の28.6%であった。

精神科の通院、入院歴及び既往歴に関する質問では、男性の30.6%、女性の42.9%に通院歴があり、ギャンブル以外の既往歴としては、抑うつ障害が多い。ギャンブル障害での受診歴は、男性の13.4%、女性の14.3%に認められた。

ギャンブルを始めた年齢の平均は、男性19.0歳、女性20.1歳、習慣的に(月に1回以上の頻度)でギャンブルをするようになった年齢の平均は、男性20.6歳、女性21.0歳と初めてギャンブルをしてから1年程度で習慣的にギャンブルをしている。隠れてギャンブルをするようになった平均年齢は、男性25.7歳、女性22.0歳と習慣的にギャンブルをするようになって5年程度で隠れてギャンブルをするようになっている。ギャンブルをすることを隠すことは、ギ

ャンブル障害の診断基準にも含まれている行動であり、ギャンブル問題が示唆される行動である。初めてギャンブル問題が発覚した年齢の平均値は、男性27.3歳、女性27.3歳と隠れてギャンブルをするようになって2年弱で問題が発覚したことになる。最初に発覚した問題の内容のほとんどが借金であり、家庭問題が次ぐ。

ギャンブルの手段では、オンライン・オフライン両方を含めると、男女とも半数はオンラインギャンブルを利用していた。ギャンブルの種類は、男女ともパチンコ、パチスロが最多であり、男性では競馬、競艇、女性では競輪が次ぐ。ギャンブルの目的(複数選択)は、男性では金稼ぎがほとんどで、ストレス解消が次に多いが、女性ではストレス解消が金稼ぎより多い。

最も多い時のギャンブルの頻度は、男女とも週に7回以上と毎日ギャンブルをしていた者の割合が高い。ギャンブルに使った金額(勝った分は含めない)の平均値は、ばらつきが大きい。男性では1日に平均約13万円、女性では約5万円であった。

現在の借金金額は、男性で平均294万円、女性は136万円で、総額は、男性827万円、女性742万円であった。借金への対応は、家族や知人からの借金で対応している者が最多であり、一方で、男性の約4割、女性の約2割が法律家に相談していた。また、債務整理をした者も男性の27%、女性の33%にみられた。

ギャンブルによる問題を社会生活への影響、触法行為、子供への影響に分類したところ、社会生活への影響は、男女とも失業が多かった。触法行為は、男性では横領、窃盗の順に多く、女性も窃盗と回答した者が1

名あった。子供がいる 107 名を対象に、子供への影響を聴取しているが、虐待やネグレクトと回答した者はわずかであった。GA 参加経験の有無については、男性の約 2 割、女性の 3 割が参加した経験を有していた。

b) 併存疾患に関する構造化面接

MINI を用いた精神科併存疾患の割合について、C の自殺の危険を除き、何らかの精神科疾患（現在）を併存している者は、男性の 75 名（38.5%）、女性の 3 名（42.9%）であり、合計で 78 名（38.6%）が何らかの精神科疾患を併存していた。併存する精神科疾患では、うつ病が最多であり、アルコール依存、広場恐怖の順に多かった。SSAGA-II の ADHD セクションを用いて構造化面接にて併存の有無を検討したところ、回答の得られた 199 名中、注意欠陥/多動性障害混合型は 4 名、不注意優勢型は 6 名、多動性-衝動性優勢型は 3 名が該当し、併存していたのは、13 名（6.5%）であった。

c) SCID-5-RV を用いた診断面接結果

該当した割合が最も高い診断基準は、第 7 項目の“嘘をつく”であり、第 6 項目の負けの深追い、第 9 項目の借金と続く。一方、該当する割合が低いのは、第 3 項目の離脱、第 5 項目の気晴らしで、該当する割合は半分以下であった。さらに、該当する項目数に基づく重症度の分布を男女別に示す。各項目に該当する割合、重症度とも男女で統計学的に有意な違いは認められなかった。

d) 自記式評価尺度に関する集計

① GRCS

GRCS は、ギャンブル障害者の非合理的な考えを測定する尺度であり、ギャンブルに対する期待、ギャンブルを断つことの放

棄、幻想的必勝法、誤った統計的予測、偏った解釈の 5 つの因子で評価される。男女間での有意な差は認められなかった。DSM-5 診断基準該当項目数による重症度との関連を検討したところ、幻想的必勝法を除く各因子の点数は、重症度と正の相関が認められ、重症度が高くなるにつれて、各因子の点数も高くなっていた。

② GSAS

GSAS は、ギャンブル問題の症状や重症度を多角的に測定する尺度である。GSAS の点数分布は、男女間で有意な差は認められなかった。GSAS による評価と DSM-5 重症度との間に、カイ二乗検定では、有意な差は認められなかったが、平均得点を分散分析によって 3 群間で比較すると、重症度と比例して、点数の増加が認められた。

③ PGSI

PGSI は、ギャンブル問題の自記式のスクリーニングテストである。合計得点によって、評価するものであり、男女ともほとんどが、問題ギャンブラーとされる 8 点以上であった。

④ K6

K6 はうつ、不安の尺度であり、得点が高いほど重度であることが示唆される。男性の 90%以上、女性では全例 13 点以上であり、男女ともに強いうつ、不安状態にあることが示された。DSM-5 による重症度とうつ、不安の強さとの間に関連は認められなかった。

④ 小児期逆境体験

小児期逆境体験の有無について 10 の体験で該当する体験数の分布をみたところ、21 名（10.8%）は、複数の逆境体験の経験者であった。

3) 追跡調査結果

令和4年5月20日時点で、9ヶ月調査は、168名対象中、117名が回答(69.64%)、12ヶ月調査は、対象となる80名中56名が回答(70%)しているが、本報告書では、参加者全員が対象となっている受診後6ヶ月までの追跡調査についてまとめる。

a) 追跡調査対象者

ベースライン調査に回答した者のうち、追跡調査に同意したのは、男性177名(平均年齢(SD):36.2(8.6)歳)、女性6名(39.5(10.7)歳)の計183名であった。

b) 追跡調査回答率

受診後調査の回答率は、1か月後は、88.5%、3ヶ月後は84.2%、6か月後は、78.7%の回答率であった。

c) 通院の有無

受診後の経過時間が長くなるにつれて通院している割合は低下し、6か月後に通院を継続しているものは54.6%であった。

d) 通院の頻度

通院している者に通院の頻度を確認したところ、週1回、隔週といった高い頻度で通院する者の割合は、受診後の期間が長くなるにつれて低下していたが、いずれの調査においても月1回の頻度が最多であった。

e) 治療内容

該当する治療内容について回答(複数回答)を得た。医師による診察と冊子を用いたプログラムが最多であった。

f) プログラム参加状況

治療プログラム参加者に状況を確認したところ、受診6か月後では30%が修了しており、途中でやめたのは、16%であった。

g) 外来受診後のギャンブルの有無

受診後の経過が長くなるにつれてギャンブルを止めている者の割合は低下するが、6か月後で56.3%が止めていると報告している。

h) ギャンブル回数の変化

外来受診後にギャンブルをしていると回答した者を対象に、回数の変化を質問したところ、8割近くが減少していると回答しており、止めてはいないものの回数を減らしているものが多数を占めた。

i) ギャンブルに使う金額の変化

同様にギャンブルをしたと回答した者にギャンブルに使う金額の変化について質問したところ、受診6か月後の時点でも金額が減ったと回答したものが73.8%と多数を占めていた。

j) 最もお金を使ったギャンブルの種類

受診後にギャンブルをしたと回答した者を対象に、ギャンブルの種類を質問したところ、パチンコが最多であった。

k) ギャンブルの回数

調査前1か月間のギャンブルの回数は、6か月後で、平均で8.3回、中央値は3回であったが、1回から100回とばらつきが大きい。

l) ギャンブルに使った金額

回数同様にばらつきが大きいのが、平均で46,172円、中央値は1万円であった。

m) 借金の有無

受診6か月後の時点で新たな借金をしたと回答した者は、16%であった。

n) GA参加の有無

約2割の者が参加したと報告している。

o) ギャンブルに対する考え

7割が「すべてのギャンブルを止めたい」と回答しており、問題のある「ギャンブルの

み止めたい」を合わせると 9 割以上がギャンブルを止めることを希望していた。

p) ギャンブルに対する考え方の変化

ベースラインですべてのギャンブルを止めたいと回答した 116 名のうち、25 名 (21.6%) が、「問題のあるギャンブルだけ止めたい」「続けたい」などに変化している一方、ベースラインで「問題のあるギャンブルのみ止めたい」「続けたい」などと回答していた 21 名のうち、8 名 (38%) が「全て止めたい」に変化していた。

q) WSAS 点数の分布と変化

社会機能の自記式評価尺度である WSAS は、点数が高いほど、機能低下があると評価される。1 カ月後と 6 か月後で、10 点未満の割合は増加した一方、重大な機能障害ありの割合も増加している。1 か月後調査に 10 点未満で問題のなかった 81 名のうち 20 名 (24.7%) が 10 点以上に変化している一方、1 カ月後に 10 点以上だった 57 名のうち、25 名 (43.8%) が 10 点未満に改善していた。受診後のギャンブルの有無と WSAS の変化の関連をみたところ、ギャンブルをしていない者では、1 か月後も 6 か月後も 10 点未満 (正常) の割合が高い一方、悪化の割合は低く、ギャンブルの有無が社会機能にも関連している可能性が示唆された。

r) GRCS 点数

ギャンブル障害者の非合理的な考えを測定する尺度である GRCS は、ギャンブルに対する期待、ギャンブルを断つことの放棄、幻想的必勝法、誤った統計的予測、偏った解釈の 5 つの因子で評価され、点数が高いほど非合理的な考えが強い。ベースラインと 6 か月後の比較では、すべての因子で点数が有意に減少しており、非合理的な考え方が

弱くなっていることが示された。ベースラインでの GRCS 点数は、ギャンブルをしたと回答した者で、ギャンブルに対する期待、ギャンブルを断つことの放棄の 2 つの因子で有意に点数が高く、非合理的な考え方の強さが治療効果に影響する可能性を示唆している。一方、6 カ月後の GRCS 得点の比較では、すべての因子においてギャンブルをした者では点数が有意に高く、ギャンブルを止めることで考え方にも変化が生じているのではないかと考えられる。反復測定分散分析では、誤った統計的予測および偏った解釈は、有意にギャンブルをしていない者で点数が減少していた。

s) GSAS 点数

GSAS は、ギャンブル問題の症状や重症度を多角的に測定する尺度であり、点数が高いほど、症状が強いと評価される。

ベースラインで non problem と評価された 41 名のうち、13 名 (31.7%) が点数が悪化しているのに対して、ベースラインで non problem 以上の 102 名のうち、40 名 (39.2%) は non problem の評価になっており、6 か月間の改善が示された。ギャンブルの有無で比較すると、ギャンブルのない者で non problem の割合が有意に高い。

t) K6 に関する集計

K6 はうつ、不安の尺度であり、得点が高いほど重度であることが示唆される。ベースラインでは、90%を超える者で強い抑うつ、不安が示唆されていたが、その割合は 6 か月後もあまり変化がなく、回答した 142 名のうち、127 名 (89.4%) が 13 点以上であった。ギャンブルの有無で比較しても K6 点数とは関連が認められず、ギャンブルをしていない者にも強い抑うつ、不安が認め

られた。

u) PGSI

ギャンブルをしていない者では、ギャンブルをした者と比べて有意に non-problem, low risk と評価される者の割合が高い。PGSI は、過去 1 年間のギャンブルについて問うスクリーニングテストのため、6 カ月後調査では、ギャンブルをしていない者でも全員が non-problem にはならないと考えられる。

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・

社会的支援のあり方についての研究

研究① 精神保健福祉センター職員等向けに「ギャンブル障害の認知行動療法プログラム(SAT-G)」研修

<令和 1 年第一回研修会>

令和元年 11 月 1 日に品川で開催された研修には 19 名が参加した。アンケート回収率は 100% (19/19) であった。

(1) 参加者の属性

研修参加者のうち最も多かったのは精神保健福祉士と心理職であった。次いで、保健師が多かった。医師も参加していた。

(2) ギャンブル障害に関する基礎知識の結果

すべての項目で、研修前よりも研修後の方が高得点もしくは同点であったが、「2017 年 9 月に厚生労働省が発表した「ギャンブル等依存症が疑われる者」は、生涯で何万人と推計されるか？」および「世界のギャンブル用の電子ゲーム機械のうち、日本が占める割合は？」の項目で有意 (1%水準) に高得点となった。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」に対して、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意 (1%水準) に増加し 8 割以上を占めた。

(4) SAT-G の相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、今後の業務に役立ち、SAT-G は実施可能性だと概ね回答を得た。

(5) GGPPQ の結果

全体の合計および「知識とスキル」「役割認識」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」のすべての項目において、研修後得点が有意に上昇していた。

(6) 研修に参加しての感想

研修参加者からは、全体の枠組みが分かりやすい、研修が具体的で理解でき実践できそう、ツールが理解しやすく使いやすそう、既に取り組んでいるアルコールなどの依存症回復プログラムに組み合わせが容易そう、参加者の動機付けを重視することが理解できたなどのプログラムと研修の有用性の指摘が目立った。他のスタッフの理解をどう促すかという点の指摘もあった。

<令和 1 年第二回研修会>

令和元年 12 月 6 日に新大阪で開催された研修には 109 名が参加した。アンケート回収率は 95.4% (104/109) であった。

(1) 参加者の属性

研修参加者のうち最も多かったのは精神保健福祉士であった。次いで保健師の参加者が多かった。

(2) ギャンブル障害に関する基礎知識の

結果

第一回研修会と同様、すべての項目で、研修前よりも研修後の方が高得点もしくは同点であったが、「2017年9月に厚生労働省が発表した「ギャンブル等依存症が疑われる者」は、生涯で何万人と推計されるか？」および「世界のギャンブル用の電子ゲーム機械のうち、日本が占める割合は？」の項目で有意（1%水準）に高得点となった。

（3）支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

研修前に「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」に対して、「全くそう思わない」と回答した者がいたことは特徴的である。いずれの項目においても、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意（1%水準）に増加し9割以上を占めた。

（4）SAT-Gの相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、今後の業務に役立つと概ね回答を得たが、実施できるか自信がないとした参加者を6%認めた。

（5）GGPPQの結果

全体の合計および「知識とスキル」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の項目において、研修後得点がありに上昇していた。「役割認識」の項目は変化を認めなかった。

第一回研修と第二回研修の参加者のGGPPQの結果を統合すると、全体の合計および「知識とスキル」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の項目において、研修後得点があり（1%水準）に上昇していたが、「役割認識」の項目は効果量変化が小さ

かった（5%水準で有意）。

（6）研修に参加しての感想

研修参加者からは、全体の枠組みが分かりやすい、研修が具体的で理解でき実践できそう、ツールが理解しやすく使いやすそう、既に取り組んでいるプログラムに組み合わせが容易そう、取り組みが想像できて実践できそうと自信がついた、利用者が診断を受ける前から支援を開始できそうなど、プログラムと研修の有用性の指摘がされた。また、相談員が一人であるためグループ立ちは困難、相談件数が少ないのでプログラム立ちは困難、コミュニケーションが苦手な利用者が多く実施できるか不明、時間の制約があるので全てはできないがポイントだけ利用したい、などの指摘もあった。

<令和2年第一回研修会>

令和2年8月5日に拠点会場を仙台市、横浜市、島根県としたオンラインで開催された研修には26名が参加した。アンケート回収率は100%（26/26）であった。

（1）参加者の属性

25名が精神保健福祉センターからの参加であった。ギャンブル障害支援の経験がない者が8名、研修会への参加経験のない者が16名であった。女性が21名と多かったことも特徴的である。

（2）ギャンブル障害に関する基礎知識の結果

「2017年9月に厚生労働省が発表した「ギャンブル等依存症が疑われる者」は、生涯で何万人と推計されるか？」および「世界のギャンブル用の電子ゲーム機械のうち、日本が占める割合は？」「当事者で、自殺企図する者は生涯で何パーセントと言われている

か？」の項目で有意(1%水準)に高得点となった。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」に対して、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意(1%水準)に増加し、特に前者二項目は8割以上を占めた。

(4) SAT-Gの相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、今後の業務に役立ち、SAT-Gは実施可能性だと概ね回答を得た。

(5) GGPPQの結果

全体の合計および「知識とスキル」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の項目において、研修後得点がありに上昇していた。特に、「知識とスキル」の得点上昇が顕著であった。

(6) 研修に参加しての感想

研修参加者からは、全体の枠組みが分かりやすい、研修が具体的で理解でき実践できそう、ツールが理解しやすく使いやすそう、参加者の動機付けを重視することが理解できたなどのプログラムと研修の有用性の指摘が目立った。更に演習をして自分の言葉にする必要がある、実践が重要という点の指摘もあった。

<令和2年第二回研修会>

令和2年12月1日に拠点会場を島根県としたオンラインで開催され、福井県、静岡県、兵庫県、長野県から15名が参加した。アンケート回収率は100%(15/15)であった。

(1) 参加者の属性

精神保健福祉センターから7名、福祉事務所から6名、医療機関から1名が参加した。ギャンブル障害支援経験の無い者が7名、研修参加経験の無い者が5名であった。女性が13名と多いことも特徴的であった。

(2) ギャンブル障害に関する基礎知識の結果

「2017年9月に厚生労働省が発表した「ギャンブル等依存症が疑われる者」は、生涯で何万人と推計されるか?」、「世界のギャンブル用の電子ゲーム機械のうち、日本が占める割合は?」及び「当事者で、自殺企図をするものは、生涯で何パーセント程度と言われているか?」の項目で有意(1%水準)に高得点となった。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

研修前に「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」及び「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」のいずれの項目においても、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意(1%水準)に増加し8割以上を占めた。

(4) SAT-Gの相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、同内容であれば実施できそうであり、今後の業務に役立つと概ね回答を得た。

(5) GGPPQの結果

全体の合計および「知識とスキル」「役割認識」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の全ての項目において、研

研修後得点が有意に上昇していた。

(6) 研修に参加しての感想

研修参加者からは、全体の枠組みが分かりやすい、研修が具体的で理解でき実践できそう、ツールが理解しやすく使いやすそう、ロールプレイで体験できたのがよかった、取り組みが想像できて実践できそうと自信がついた、など、プログラムと研修の有用性の指摘がされた。また、相談員が少なく緊急案件も多いため SAT-G ライトの方が使い易い、実践を積む必要があるなどの指摘もあった。

<令和2年第三回研修会>

令和3年1月12日に拠点会場を栃木、長崎、京都市、香川、宮崎、宮城、福岡市、秋田、大阪市としたオンラインで開催された研修に、50名が参加した。アンケート回収率は事前が96% (48/50)、事後が88% (44/50)であった。

(1) 参加者の属性

25名が精神保健福祉センターからの参加であった。ギャンブル障害支援の経験がない者が12名、研修会への参加経験のない者が17名であった。女性が40名と多かったことも特徴的である。

(2) ギャンブル障害に関する基礎知識の結果

「2017年9月に厚生労働省が発表した「ギャンブル等依存症が疑われる者」は、生涯で何万人と推計されるか？」および「世界のギャンブル用の電子ゲーム機械のうち、日本が占める割合は？」「当事者で、自殺企図する者は生涯で何パーセントと言われているか？」の項目で有意(1%水準)に高得点となった。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の

技術を有していると感じるかの結果

「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」に対して、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意(1%水準)に増加し、特に前者二項目は8割以上を占めた。

(4) SAT-Gの相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、今後の業務に役立ち、SAT-Gは実施可能性だと概ね回答を得た。

(5) GGPPQの結果

全体の合計および「知識とスキル」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の項目において、研修後得点が有意に上昇していた。特に、「知識とスキル」の得点上昇が顕著であった。

(6) 研修に参加しての感想

研修参加者からは、全体の枠組みが分かりやすい、研修が具体的で理解でき実践できそう、ツールが理解しやすく使いやすそう、参加者の動機付けを重視することが理解できたなどのプログラムと研修の有用性の指摘が目立った。

<令和2年第四回研修会>

令和3年2月9日に拠点会場を広島県、堺市、神奈川県、山梨県、北九州市、新潟市、京都府、高知県、名古屋市、島根県、名古屋市としたオンラインで開催された研修には34名が参加した。アンケート回収率は事前が94.1% (32/34)、事後が64.7% (22/34)であった。

(1) 参加者の属性

27名が精神保健福祉センターからの参加

であった。ギャンブル障害支援の経験がない者が10名、研修会への参加経験のない者が10名であった。女性が26名と多かったことも特徴的である。

(2) ギャンブル障害に関する基礎知識の結果

「2017年9月に厚生労働省が発表した「ギャンブル等依存症が疑われる者」は、生涯で何万人と推計されるか？」および「世界のギャンブル用の電子ゲーム機械のうち、日本が占める割合は？」「当事者で、自殺企図する者は生涯で何パーセントと言われているか？」の項目で有意(1%水準)に高得点となった。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」に対して、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意(1%水準)に増加した。

(4) SAT-Gの相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、今後の業務に役立ち、SAT-Gは実施可能性だと概ね回答を得た。

(5) GGPPQの結果

全体の合計および「知識とスキル」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の項目において、研修後得点が有意に上昇していた。特に、「知識とスキル」の得点上昇が顕著であった。

(6) 研修に参加しての感想

研修参加者からは、全体の枠組みが分かりやすい、研修が具体的に理解でき実践でき

そう、ツールが理解しやすく使いやすそう、参加者の動機付けを重視することが理解できたなどのプログラムと研修の有用性の指摘が目立った。

<令和2年対面での研修とオンラインでの研修の比較>

(1) 参加者の属性

対面式研修では対象者の属性を収集していないが、リモート形式ではギャンブル障害の対象者を支援する頻度が月に1回未満である参加者が74名(58.7%)であり、過去に研修会に参加した経験のない参加者が48名(38.1%)であった。

(2) ギャンブル障害に関する基礎知識の結果

いずれの方式においても研修後に「2017年9月に厚生労働省が発表した「ギャンブル等依存症が疑われる者」は、生涯で何万人と推計されるか？」および「世界のギャンブル用の電子ゲーム機械のうち、日本が占める割合は？」「当事者で、自殺企図する者は生涯で何パーセントと言われているか？」の項目で有意(1%水準)に高得点となり、同様の研修効果があったといえる。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」に対して、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者がいずれの方式においても研修後に有意に増加し、同様の研修効果があったといえる。

(4) SAT-Gの相談援助業務での活用可能性の結果

いずれの方式においても研修後に、研修は理解でき、今後の業務に役立ち、SAT-G は実施可能性だと概ね回答を得、同様の研修効果があったといえる。

(5) GGPPQ の結果

いずれの研修方式でも全体の合計および「知識とスキル」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の項目において、研修後得点が有意に上昇していた。対面式研修の効果量(d=1.8)に比べると、リモート形式研修の効果量は d=1.2 程度であったが、他の研修に受講した経験のある参加者の GGPPQ スコアと比較したところ、リモート研修は対面式研修と比較して 70%程度の効果は維持されていた(詳細は片山ら, (2021)を参照)。

<令和3年度第一回研修会>

令和3年8月20日にオンラインで開催され、研修には167名が参加した。アンケート回収率は59.9%(100/167)であった。

(1) 参加者の属性

58名が精神保健福祉センターからの参加であった。ギャンブル障害支援を毎日行っている者が5名から現在は支援を全く行っていない者が24名と幅広く、研修会への参加経験のない者が53名であった。女性が69名と多かったことも特徴的である。

(2) ギャンブル障害に関する基礎知識の結果

6問の質問のうち、研修前の正答率(中央値)は4.5問であったのに対し、研修後は6.0問であり、研修後に1%水準で有意に正答率が上昇していた。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相

談対応ができると感じるか」「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」に対して、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意(1%水準)に増加した。

(4) GGPPQ の結果

GGPPQ の事前のスコアは 69.50 であったのに対し、研修後は 87.00 であり、研修後に1%水準で有意に GGPPQ スコアが上昇していた。また効果量は d=1.24 と極めて高かった。

(5) 満足度と SAT-G の相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、今後の業務に役立ち、相談者の特性に合わせた具体的な支援ができそうであり、SAT-G は実施可能性だと概ね回答を得た。

(6) 研修に参加しての感想

研修参加者からは、理論が馴染みやすい、マニュアル化されており理解しやすく実践しやすそう、研修やツールが具体的で理解しやすく実践のイメージもつき自信がついた、目標が明確で一回ごとが簡潔で実践できそう、今後の支援の基礎となるなどのプログラムと研修の有用性の指摘が目立った。更に練習をして自分の言葉にする必要がある、実際に効果が上がるのか不明、外来での実施に向いており病棟では不向きという点の指摘もあった。

<令和3年度第二回研修会>

令和3年9月7日にオンラインで開催され合計126名が参加した。アンケート回収率は68.3%(86/126)であった。また、本研修は SAT-G ではなく、SAT-G をベースに短縮した簡易版である SAT-G ライトプログラムの使い方に関する研修を行った。

(1) 参加者の属性

精神保健福祉センターから 41 名、福祉事務所から 2 名、医療機関から 17 名が参加した。ギャンブル障害支援を週に一回行っている者 11 名から現在は行っていない者 22 名までと幅広く、研修参加経験の無い者が 30 名であった。女性が 70 名と多いことも特徴的であった。また、28 名が過去に SAT-G 研修を受講した経験があった。

(2) ギャンブル障害に関する基礎知識の結果

6 問の質問のうち、研修前の正答率(中央値)は 5.0 問であったのに対し、研修後は 6.0 問であり、研修後に 1%水準で有意に正答率が上昇していた。

(3) 支援者として十分な知識・相談対応の技術を有していると感じるかの結果

研修前に「支援者として十分な基本的知識を有していると感じるか」「相談者に対して十分な相談対応ができると感じるか」及び「相談者に対して、その特性に合わせた具体的なアドバイスができると感じるか」のいずれの項目においても、「ややそう思う」「とてもそう思う」と回答した者が研修後に有意(1%水準)に増加し 8 割以上を占めた。

(4) GGPPQ の結果

GGPPQ の事前のスコアは 69.50 であったのに対し、研修後は 87.00 であり、研修後に 1%水準で有意に GGPPQ スコアが上昇していた。また効果量は $d=0.87$ と高かった。

(5) 満足度と SAT-G の相談援助業務での活用可能性の結果

研修は理解でき、同内容であれば実施できそうであり、今後の業務に役立つと概ね回答を得た。

(6) 研修に参加しての感想

研修参加者からは、全体の理論が馴染みやすい、マニュアルが構造化されていて分かりやすい、研修やツール(テキストやロールプレイなど)が具体的に理解でき実践できそうな自信がついた、相談者を尊重しながら一緒に取り組めそうな内容であり相談者の意思確認や動機付けになりそうなど、プログラムと研修の有用性の指摘がされた。また、実践を積む必要がある、相談員が少なく緊急案件も多いため SAT-G ライトの方が使い易い、他職種の協力を得られるか不明などの指摘もあった。

<令和 3 年度第三回研修会>

令和 4 年 1 月 11 日にオンラインで開催された。研修には 107 名が参加した。現在アンケートの回収と解析を行っているが、参加者の感想からおおむね好評であったことが伺えた。

A. SAT-G プログラムの活用状況

全国 69 の精神保健福祉センターに対して、精神保健福祉センターで実施しているギャンブル障害者向け回復プログラムに SAT-G プログラムを活用しているかアンケート調査を行った結果、88.4%のセンターで SAT-G そのもの、もしくは SAT-G を参考にしたプログラムを実施していることが分かった。

調査②全国精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談状況や回復プログラムの実施状況調査

(1) 回収状況

令和 1 年、2 年、3 年共に、全国全て(69 箇所)の精神保健福祉センターへ調査票を配布し、毎回全てのセンターより調査票の返信があった。(回答率 100%)

(2) 全国の精神保健福祉センターのギャンブル及び全相談の概況

問 1-1. 貴センターの精神保健福祉相談の全件数、ギャンブル関連問題相談件数をご教示ください（メール・電話・来所相談の総計）。

全国の精神保健福祉センターでの精神保健福祉相談の全件数は令和 1 年 5,461 件、令和 2 年 5312.9 件、令和 3 年 5890.3 件であり、ギャンブル関連問題の平均件数は令和 1 年 149.5 件、令和 2 年 169.7 件、令和 3 年 232.8 件であった。相談件数は平成 27 年度から一貫して増加傾向にあった。

(3) 相談拠点の設置状況

問 1-3. 貴センターはギャンブル等依存症相談拠点の指定を受けていますか？

令和 2 年度時点では 59 センターが、令和 3 年度時点では 65 センターが指定を受けており、相談拠点設置は進んでいる傾向にあった（令和元年度は未調査）。

(4) 回復プログラムの実施状況

問 2-1. 貴センターで実施している依存症の当事者向け治療・回復プログラムで受け入れている依存対象を選択してください（個別・集団は問わず）（アルコール・薬物・ギャンブル・プログラムを実施していない・その他 から選択式・複数可）

ギャンブル障害当事者向けプログラムは令和 1 年 47 センター、令和 2 年 53 センター、令和 3 年 58 センターで実施されていた。プログラムを実施していない理由には、人員がない、ノウハウがない、予算がつかない、近隣の医療施設が提供しているが挙げられた。令和 3 年に現在検討を進めているとしたセンターが 1 箇所あった。

(5) 家族向け支援の実施状況

問 2-6-1 ギャンブル依存の家族向け（他の依存と共通）のプログラムを実施していますか？

ギャンブル障害当事者の家族教室などの家族向けプログラムを実施しているセンターは令和 1 年 39 センター、令和 2 年 44 センター、令和 3 年 46 センターで増加していた。

(6) コロナウイルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響

令和 2 年の調査では、事業を実施しているセンターのうち、個別の相談事業では 44 センター（63.8%）が、当事者向け回復プログラムでは 47 センター（77.0%）が、家族教室では 53 センター（85.5%）が影響を受けたと回答していた。生じていた影響ではいずれも中止や延期が最も多かった（相談事業：n=30、本人向けプログラム：n=45、家族支援事業：n=50）が、プログラム中も交流を制限したりオンラインに切り替えたセンターも複数あった。それぞれの管轄地域の民間団体や相談者への影響では、自助グループなどの事業自体も委員会などの連携事業も中止となり、支援が滞ったり、支援技術向上の機会を失ったりしていた。その後、人数制限、時短などの感染対策を取ったり、オンラインを導入し活動を再開しているが、会場を借りられるかとオンラインを活用できるかが障壁となっている。自助グループなどの紹介遅延がおき、また活動再開後も利用者の減少がある。センターへの相談者の、コロナウイルス感染症による影響では、31 センターで影響があったと回答しており、支援減少、在宅時間延長などからスリップした利用者（特にアルコール、ゲーム）がいた一方、外出自粛や勤務多忙で症状が軽快

した利用者（特に競馬、パチンコ、買い物）もいたことが分かった。

令和3年の調査結果は以下である。

問 3-1. 貴センターで実施している依存症の当事者・家族向け個別相談（特定相談事業）の令和3年度の実施状況について、令和3年9月1日時点での状況としてあてはまるものを選択してください（複数可）

規模を縮小した（人数・実施時間を制限・回数を減らすなど）（12センター）、対面相談を電話・リモート相談に切り替えた（14センター）、事業を中止・休止した（13センター）、コロナ禍以前と比較して変化はない（6センター）、感染対策（検温など）を行って実施した（61センター）、二週間以内の行動歴を確認している（1センター）となった。

問 3-2. 貴センターで実施している依存症の当事者向け回復プログラムの令和3年度の実施状況について、令和3年9月1日時点での状況としてあてはまるものを選択してください（複数可）

規模を縮小した（人数・実施時間を制限・回数を減らすなど）（11センター）、電話・リモート形式で実施した（併用含む）（6センター）、開始時期を変更した（2センター）、事業を中止・休止・延期した（20センター）、感染対策（検温など）を行って実施した（48センター）、外部講師の受入れを中止した（3センター）、コロナ禍以前と比較して変化はない（4センター）、プログラムを実施していない（9センター）、メールでの情報発信を開始した（1センター）、参加希望者がいない（1センター）、個別対応に変更した（3センター）、広い会場を借りた（1センター）、保健所への相談希望者の対応も行った（1センター）、事業中の飲食をや

めた（1センター）となった。

問 3-3. 貴センターで実施している依存症の家族会・家族教室の令和3年度の実施状況について、令和3年9月1日時点での状況としてあてはまるものを選択してください（複数可）

規模を縮小した（人数・実施時間を制限・回数を減らすなど）（16センター）、電話・リモート形式で実施した（併用含む）（12センター）、事業を中止・休止・延期した（30センター）、検温などの感染対策を行って実施した（46センター）、外部講師の受入れを中止した（2センター）、コロナ禍以前と比較して変化はない（2センター）、プログラムを実施していない（12センター）、参加希望者が減った・いない（2センター）、広い部屋を借りた（3センター）、個別対応とした（2センター）、直前二週間の行動範囲を確認している（1センター）が挙げられた。

問 3-4. コロナウイルス感染症によって貴センターで対応する相談者（当事者・家族）に生じた影響について、以下から該当するものを選択してください（複数可）
症状が悪化ないし再発した（34センター）、医療機関・自助グループなどが利用できなかった・紹介できなかった（44センター）、事業への参加者が減った（1センター）、面談が継続できなかった（1センター）、事業への参加を促しにくかった（1センター）、症状が軽快・改善した（3センター）、問題が目立つようになった（12センター）、依存対象が変わった（8センター）、変化なし（5センター）という回答となった。

問 3-4-1. 上記の問 3-4. にて「症状が悪化ないし、再発した」とご回答されたセンターの方にお伺いいたします。その理由（要

因)として考えられるものを、以下から選択してください(複数可)

自助グループや回復施設が利用できない(21センター)、医療機関への受診控え・受診間隔が空く(9センター)、在宅時間の増加(24センター)、空き時間の増加(19センター)、外出頻度の低下(1センター)、対人交流の減少(1センター)、人間関係・家族関係の悪化(12センター)、感染への不安(12センター)、失業(8センター)、休校(7センター)、特別定額給付金(3センター)、経済状況の悪化(11センター)、継続支援の停滞(1センター)、ワクチン接種映像を見ること(1センター)という回答となった。

問 3-5. コロナウイルス感染症によって、貴センターが連携する自助グループ・民間回復施設との連携にはどのような影響がありましたか?以下から該当するものを選択してください(複数可)

連携・交流の機会が増えた(1センター)、相談者を自助グループや回復支援施設に紹介できなかった(22センター)、相互の人員交流(プログラムへの派遣など)が制限された(24センター)、自助グループや回復支援施設の動向が把握しづらかった(31センター)、協力して実施しているミーティング・プログラム・会議などが開催できなかった(27センター)、実施状況を直前に確認してから出向いたり紹介するようになった(2センター)、オンラインでの実施が増え遠方の情報が入るようになった(1センター)、変化なし(6センター)が挙げられた。

問 3-6. 貴センターが所轄している地域で、依存症の自助グループや回復施設の活動に対して、コロナウイルス感染症拡大

により、どのような影響がありましたか?以下から該当するものを選択してください(複数可)

会場が借りられずミーティングなどできない(52センター)、ミーティング参加者・施設の利用者が減少(31センター)、外出制限のためミーティングなどできない(24センター)、訪問支援やメッセージ活動を実施できない(22センター)、資金の確保が困難になる(11センター)、ミーティングや活動の形態の変更・規模の縮小(オンライン化・時間短縮など)(57センター)、参加人数を絞ったため参加できない人がいた(1センター)、事業内容が変化し参加者交流が減った(1センター)、把握していない(1センター)、となった。

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出

研究1, 自助グループの有効性に関するレビュー研究

GAの有効性に関する研究としては、①対照条件として、または薬物療法や心理療法の補助治療としてGAの有効性を評価した無作為化対照試験、②RCT以外のGAへの参加とさまざまな結果指標との関連を検討した研究、④質的研究、⑤GAと認知行動療法の関係の研究、⑥12ステッププログラム類似のプログラムの研究

(1) 無作為対照試験

GAへの紹介と、薬物療法や心理療法とGAを組み合わせた場合の効果が検討されている(Desai et al. 2012; Grant et al. 2009; Linardatou et al. 2014; Petry et al., 2006)。

Petryの研究は、2ヵ月の治療期間中、

参加者を GA への紹介のみと GA 紹介と認知行動 (CB) ワークブック」と「GA 紹介と個人的な認知行動療法 (CBT)」の 3 条件で無作為に割り付け、2 か月では GA 紹介のみ群は、CB ワークブックおよび CBT 条件の参加者は、GA 紹介のみの参加者よりも、2 か月間の治療期間中にギャンブル症状の改善とギャンブル日数の減少がより大きく見られたとしているが、これはどの条件も GA が含まれており、専門的な治療と GA の組み合わせが良い効果を出している所見ともいえる。また同じ研究では、GA ミーティングへの参加回数は、治療後の評価と性の相関があり、また 12 ヶ月後の追跡調査において、過去 1 ヶ月間のギャンブル障害の回避と正の相関があった。また、12 ヶ月後の時点で、ギャンブル状態 (ギャンブルの停止、大幅な減少、少しの減少、変化なし) の割合は、グループによって差はなかったという。これは、GA ミーティング参加が良い効果と関係していること、特に長期的な効果としては CB ワークブックや CBT の有無よりも GA の参加回数に関係していることを示唆する所見ともいえる。

Grant et al. (2009) では、病的ギャンブルのある人に対して、6 回のイメージ脱感作と動機付け面接 (IDMI) または GA のいずれかに無作為に割り付けられ、この 2 群の治療効果が比較された。IDMI 群のみで、ギャンブル障害の重症度や抑うつ・不安症状、心理社会的機能の有意に改善していたが、GA に割り当てられた人では有意な変化がみられなかったとした。

Desai et al. (2012) では、PG の治療を受けている人について、4 つの治療群

(「Bupropion と Harm Reduction」、
「Bupropion と GA」、
「プラセボと Harm Reduction」、
「プラセボと GA」) に振り分けられた。これらについて 12 週間の転機に関して比較されたが、それらの間に有意な違いを見出せなかった。

Linardatou et al. (2014) の研究では、GA を行っている群の中で、ストレス管理を一緒に行う場合とそうでない場を比べて、GA のみに比べ、ストレス管理を加えると、生活満足度や睡眠時間の改善の率が高まるが、再発率は変わらない。前者の方のみで効果がでていることが確認された。

以上の RCT の研究の結果では、3 つの研究で、GA のみと認知行動療法の条件を比べると、GA のみの方が治療効果が低いという結果になっている。

(2) 横断研究など RCT 以外の研究

Stewart and Brown (1988) は、GA 研究のうち早い時期に行われたもので、GA に最初に来てから継続できる事例に限られており、GA は継続が難しい。GA 参加者で 2 年間ギャンブルをやめられている人は 1 割以下であることを報告している。GA の効果に関する議論では、この論文が影響して GA の効果に否定的な意見につながっていた時期がある。この初期の頃は CBT などの専門的ケアが少なく、GA の方が早く広く使われており、あまり動機付けの高くない人も含まれており、利用やギャンブルの停止の継続率が低くてもおかしくない。その後には発表された論文では、GA への通所回数などのより細かい参加状況と、ギャンブル状況の関係が調べられ、それらに統計的に有意な関係があることが報告されている。例えば、

Petry (2005) では、病的ギャンブリングの治療研究に参加した 342 名について、参加前に GA 参加歴のない人とある人に分けたところ、GA 参加歴ありの人は、それがない人に比べて、治療の開始から 2 ヶ月後にギャンブルを停止できる割合が多かったことを報告した。また、この治療開始後 2 か月時におけるギャンブルの停止に対して、ギャンブル治療が重要であるという認識の強さ、GA ミーティングの回数、治療開始後に参加した専門治療のセッションの回数に関係していたという。Hodgins ら (2005) は、「最近ギャンブルをやめた」とする病的ギャンブラーを募集し、その後 1 年間の経過を追跡できた者 (N=101) のデータを分析した結果、参加者の 40% が、フォローアップ期間中に「3 ヶ月間のギャンブルの停止」を達成した。この「3 ヶ月間のギャンブルの停止」、現在治療を受けているか GA に通っていることが有意に関連していたという。

Monnat et al. (2014) は、PG の治療プログラムを受けている人 (N=361) について、治療サービスの質と、社会的・機能的・物質的な幸福の向上感、ギャンブル行動の減少の関係を評価した結果、GA またはギャマノンに参加している回答者は、日常生活機能の改善、ギャンブルの停止、ギャンブルに関連する問題の低さと有意に関連していた。

以上のように、横断研究では、より詳細に GA への参加状況と様々な回復の指標の関係を調べると、それらの間に統計的に有意な関連があることが示されている。

(3) 質的研究

Ferentzy, Skinner, and Antze (2006) は、GA 会員 23 名 (男性 15 名と女性 8

名) へのインタビューと、トロント地域の 42 の GA ミーティングの観察を行った結果を報告している。もともと GA が、AA や NA などと比べて、現実的な債務などの対応へのアドバイスに重点があり、12 ステップによる感情やスピリチュアルな面の回復が十分でないという批判があったが、この報告では GA でも 12 ステップに焦点を当てるようになり、メンバーは感情や人生の問題を議論することが奨励されるようになっていたことが示された。Ferentzy, Skinner, and Antze (2010) においても GA の参加者 39 名 (男性 26 名、女性 13 名) のインタビューを通じて、「平安の祈り」などのスピリチュアルな面が注目される一方で、現実的な対応に関する支援を主に指摘する人もいて、参加者はそのニーズにあわせて現実的な面とスピリチュアルな面の効果を感じているとされた。

GA での過程が効果に結び付いているかということに関しては、Laracy (2011) による GA メンバーのインタビュー調査が参考になる。それによれば、多くの GA メンバーは、ギャンブルの問題を家族や友人に相談できないと感じていたが、GA は、他の会員が同じ経験を共有しているため、「自己開示と議論のための安全なフォーラム」を提供してもらえたと感じていた。そして、ベテランメンバーのリードに従うことで、新メンバーは、自分が「強迫性ギャンブラー」であることを理解し、自覚するできていた。こうした仲間からのアドバイスの影響は Straus (2006) のインタビュー調査でも確かめられている。

一方、Laracy (2011) の調査では、「強迫性ギャンブラー」というアイデンテ

ィティを受け入れられない人もいることを報告しており、そうした考え受け入れられるか否かが、GAの利用継続や効果に関わるといえる。12ステップのモデルは、宗教ではないが、それが誤解されたり、また誤解ではなくても自分の強迫性などの問題のある人格面を一生涯にわたって向かい合うモデルになじめない人がいることはGAに限らず、AAやNAでも指摘されてきた。

このようにGAには、これを利用できる人を選ぶ側面があるが、それでも深刻な困難を抱えた人がそれと向かい合っていく上で大きな支えになっていることを示したのが、Rogers et al. (2020)の研究である。この研究により、GAのメンバーには、うつ病や自殺願望や、ギャンブルのために犯罪を行った経歴の者が多く含まれていることが示された。そしてそうした困難を乗り越えて回復を進める上でGAのメンバーにおける互いの支え合いが大きな意味をもっていることが示されている。

また、GA全体の有効性と異なる視点として、女性の参加者への支援ということが研究の視点として取り上げられている。もともとGAは男性の利用者が多く、女性の利用者は居場所を見つけにくいことが指摘されていた。また提供される内容も具体的な支援へのアドバイスが主であり、女性利用者が求める感情的な問題への支援が少ないとされてきた。しかし、近年の研究では上述したようにGAはあらためて感情の問題にも焦点をあてるようになり、女性の回復に対しても効果を上げている報告が出てきている。例えば、Avery and Davis (2008)による女性のギャンブル依存者136名のインタビューでは、同じ問題を経験し

ている人たちに歓迎され、理解されていると感じ、孤独を感じなくなり、真実を話すことができると感じ、「問題が解決できるという希望を与えてくれた」と報告した。但しこの研究でも、女性であることを理由にGAミーティングで歓迎されないと感じたという人もいたという。

(4) GAと認知行動療法の関係の研究

Toneatto (2008)は、GAの12ステップについて、GAと認知行動療法は一見異なるモデルのように受け取られがちだが、実際には共通の回復の視点を持っていることを示した。そのポイントを表5にまとめた。Toneattoは、こうした類似点をもとに、CBTとGAは矛盾なく用いることができるし、むしろ相補的な面をもっており、統合的な利用が望ましいと論じている。

(5) 12ステップを補助するプログラム

専門機関で、GAなどの12ステップの内容を伝えたり、12ステップグループへの参加を促すプログラム(Twelve Step Facilitation Program, TSF)があり、認知行動療法と比較した研究が出されている(Marceaux and Melville, 2011; Toneatto and Dragonetti, 2008)。TSFは、GAの原理に基づいてはいるが、TSFのセッションは専門家が指導し、構造化されており、治療は時間的に制限されているものである。Toneatto and Dragonetti(2011)は、12ヵ月の追跡調査において、CBTまたはTSFに無作為に割り付けられた参加者のアウトカムに差がないことを見いだした。Marceaux and Melville(2008)の研究では、両方のタイプの治療が、待機の時点に比べてDSM症状の数の改善を示したが、治療間の差はみられ

なかったとしている。アルコール依存症では、TSFを行い、AAにつながることで効果があることが示されており、GAについてもTSFそのものの効果だけでなく、TSFを用いて専門治療とGAを結び付ける効果が検証されることが今後必要と思われる。

研究1-3. 入所回復施設の利用実態と有効性に関する研究

(1) 入所回復施設の入所者の内訳

年齢では30歳代が43.9%で最も多く、それに続き20歳代26.3%、40歳代21.1%であった。50歳以上は入っておらず、比較的若い世代が利用しているといえる。性別は男性のみである。入所回数は、今回は1回目の人78.0%で最も多かったが、2回目の人7.0%であった。職歴では、正規雇用経験者が93.0%と大半を占めた。復職の見通しについては、「復職の予定がある」「復職ではないが朱老の見込みがある」という就労の可能性が立っている人が47.3%を占めた。「わからない」など否定的な回答も48.3%であった。教育歴では、高卒が36.5%で最も多かった、大学卒29.8%、短大・専門学校卒24.6%であり、比較的高学歴の人が多かった。婚姻歴では、未婚が64.9%で最多であった。結婚している10.5%、離婚経験のある人が22.8%であった。

(2) ギャンブル行動

ギャンブル種では、パチンコ・パチスロが最多であり、82.5%であった。次が競馬で43.6%、その次が24.6%であった。

ギャンブルに関連した借金総額は、201-500万円が26.3%、501-1000万円が26.3%、1001万円以上24.6%であり、高額の方が大半を占めた。

ギャンブルに関連した問題としては、アルコール薬物問題・犯罪は59.6%、家族への暴言・暴力56.1%、自殺念慮・自殺52.6%、配偶者・子どもとの別離22.6%であり、非常に深刻な問題を生じている事例が多かった。

(3) 利用期間、ギャンブルを止めている期間

どちらの期間も0-5か月が最も多かったが、数年以上の者も多く認められた。今回の対象者の利用期間は、平均20.9±21.1カ月で最短0.3カ月、最長76.5カ月であった。

(4) PGSI

ギャンブル障害のスクリーニングテストであるPGSI得点は、平均値16.5、中央値19、標準偏差6.7であり、ギャンブル障害であることを示す8点以上では、86.0%であった。

(5) GSAS:-J

ギャンブル障害の症状の重症度を示すGSAS-J得点では、平均値42.2、中央値44.0、標準偏差15.7であった。GSAS-Jの値では、8-20：軽度、21-30：中度、31-40：重度、41以上は最重度となっており⁶⁾、今回の対象の平均値は、最重度を示すものであった。

施設利用期間とGSAS-J得点の関係をつ見るために、施設利用期間を4つの期間区分(1か月以上4か月未満,4か月以上13か月未満,13か月以上24か月未満,24か月以上)における平均値の差を比較した。一元配置分散分析で4群間に有意差を認めた。

(6) GRCS-J

これは、ギャンブルに関連する認知の

尺度である GRCS-J 平均総得点は、平均値 160.9、中央値 177.0、標準偏差 47.2 であった。日本版の標準化を行った論文では、ギャンブル障害の人とそうでない人を含む一般の対象をサンプルにしていたが、そのうちの男性の GRCS-J の平均値は、57.32、標準偏差 26.39 であった。このサンプルデータを元にすれば、GRCS-J 得点の高い群の基準は平均値 + 1 SD = 83.71 と考えられる。これに比べると、今回の対象の平均値は倍近い値であり、今回の対象が非常に高い値であるといえる。

(7) K6

K6 得点の軽金値は、7.3 で、標準偏差は 5.3 であった。5 点以上で精神健康に問題のある可能性があるとしており、今回の対象者は精神健康上の問題がある可能性がある。

(8) SOC 得点

今回の SOC 得点は、平均値 110.1、標準偏差 21.2 であった。先行研究による SOC29 項目版の得点は、一般成人の平均 (標準偏差) では、20 歳以上 69 歳未満の一般成人 (n = 200) では 131.1 ± 23.9 点と報告されている。今回の調査対象者の方が低い。

(7) 共依存尺度

今回の共依存尺度得点は、平均値 2.19、標準偏差 1.72 であった。四戸によれば、正の値をとると共依存傾向があることが示唆されるという。正の値を問った者は、57 名 53 名で共依存傾向のある者が大半であった。

(5) 児童期の逆境的体验 (ACES)

親の別居や離婚 9 事例 (15.8%)、家族に精神障害のある人や自殺行動のあった人が

いた 8 事例 (14.0%)。家族に薬物やアルコール乱用 8 事例 (14.0%)、家族に刑務所に入った人がいた。1 事例 (1.8%)、母が DV を受けていた : 4 事例 (7.0%) 親から心理的虐待 15 事例 (26.3%)、身体的虐待 18 例 (31.6%) 性的虐待 1 事例 (1.8%) 物理的ネグレクト 1 事例 (1.8%)。心理的ネグレクト 6 名 (10.5%) であった。起きていた ACES の個数は、0 個は 24 事例 (42.1%)、1 個 : 14 事例 (24.6%)、2 個 : 6 事例 (10.5%)、3 個 : 10 事例 (17.5%)、4 個以上 3 事例 (5.3%) であった。

(8) 施設利用期間と各尺度得点の関係

施設利用期間と各尺度得点の関係をみるために、施設利用期間を 4 つの期間区分 (1 か月以上 4 カ月未満, 4 か月以上 13 カ月未満, 13 カ月以上 24 月未満, 24 か月以上) における平均値の差を比較した。その結果、GSAS-J 得点と GRCS-J 総得点と GRCS-J-GE (ギャンブルへの期待) 得点において 4 群間に有意差を認めた。GSAS-J 得点は、利用期間の長い群の方が、得点が低い傾向がみられた。GRCS-J については、4 か月以上 13 カ月未満がその前後の期間よりも平均値が高かった。

研究 2-1 : ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比較

- ・回収数 (n=213) のうち、継続的に利用している支援期間は、自助グループ 188 (88.2%)、行政相談機関 7 (3.2%)、医療機関 18 (8.4%) であった。
- ・自助グループを継続的に利用している群 (自助グループ群) と行政相談機関と医療機関を主に継続的に利用している群 (非自

助グループ群)の間で基本的な背景や当事者のギャンブル状況について比較を行った結果を表9に示した。その結果、性、年齢や当事者との関係には有意差はなかった。どちらの群も年齢は40歳台以上が多く、女性が8割程度を占めている。また、ギャンブルにより使われたお金の金額、ギャンブルの期間についても両群間で有意差がなかった。どちらの群でもギャンブルに使われたお金は200万以上の者が多く、1000万以上も3分の1以上を占め、ギャンブル期間の6年以上の者が大半を占めており、非常に家族とは厳しい状況に置かれていることがわかった。当事者がギャンブルを調査時に継続しているかでは、両群ともわからないが半数以上を占めており、やめていると回答した人は3割以下であった。当事者が援助を受けているか者は、自助グループ群で43%であり、非自助グループで、57%であった。当事者のギャンブル停止状況や支援機関につながっている状況に関する割合は両群間で有意差を認めなかった。

両群で援助をうけてから、変化したことについて尋ねたところ、回答に有意な違いがあったのは、「ギャンブル依存症への対応ができるようになった」「自分の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」であった。自助グループの方が、非自助グループ群よりも、これらのことができるようになったと回答した人の割合が有意に高いという結果であった。

両群の心理テストに関して比較した結果を表10に示した。自助グループ群は、非自助グループ群に比べて、WHO/QOL得点と、依存症の理解に関する得点、当事者へ

の肯定的な関りの得点について、有意に高いという結果であった。SOCの得点、家族の否定的な関りの得点に関しては両群間に有意差を認めなかった。

自助グループにつながる時間的な面を検討するために、自助グループ群の家族がギャンブル問題に気付いた時期と自助グループを用いた期間は、どちらの群も2-5年が最も割合が多かった。しかし、気づいた時期については6年より前の者が56%を占めた。一方、自助グループを使っている期間は6年以上の群は、3割に満たない。したがって、ギャンブル問題に気づいた時期より時間がたって初めて自助グループにつながった人がいることを示されている

研究 2-2：ギャンブル障害の家族の自助グループに関するグループインタビュー調査

分析の対象としたのは、11名のギャマノン経験者を対象としたグループインタビューのである。11名は、東京、千葉、群馬、長野、奈良、大阪、三重、兵庫、岡山、熊本、福岡でギャマノンに継続的に参加している人である。グループインタビューにおける発言を録音し、それを文字起こしたトランスクリプトの内容に表題=コードをつけて、さらにコードを内容的に分類し、親コードとしてまとめた。

研究 2-3：ギャンブル障害の家族の自助グループによる回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

調査の対象となった家族の属性は、立場別では、親18名、配偶者6名、兄弟1名、継続年数別に見ると5年未満8名、10年未満6名、10年以上9名であった。個々のデータをTEM図にした。

(1) ギャンブルの影響を受けていたところから家族の回復までの過程

23名の語りからTEM図を作成した。本文中では、TEM概念を〔 〕、下位概念を〈 〉、家族の語りを「 」で表記する。時間軸上の共通事項として過去から順に〔第1期：ギャンブル問題の進行と、家族への影響の深刻化に伴うギャンブル障害の顕在化〕、〔第2期：リソースへのアクセスと仲間意識の芽生え〕、〔第3期：病気の理解と対応方法の変容と自己内省〕、〔第4期：自己内省と関係性の再構築〕、〔第5期：社会化と回復の持続によるQOL向上〕が経験されていた。つまり、第1期として家族は、当事者の〈潜在的なギャンブル問題の存在〉があった時期からある程度の〈誤った対応による問題の悪化〉という期間を経て、〈ギャンブル関連問題に対応できない〉状態に陥っていく。そして、〈家族のギャンブル問題への認識〉に至る。その後、第2期として〈自助グループにアクセスする〉ことで、〈仲間からの共感を得る〉ことから〈自助グループが居場所になる〉体験をし、第3期〈ギャンブル障害の病気や、対応の具体を学ぶ〉、〈仲間から行動していく勇気を得る〉ことを通して、当事者への対応を変化させていった。その後、第4期として〈当事者との関係性を見つめ直し〉をする中で、〈自分自身の問題や生きづらさに気づく〉

〈家族や職場での人間関係を再構築する〉ことを経験していた。これは23人全員が自助グループで多くが取り組んでいる12ステッププログラムを通して経験していることであった。そして〈ギャンブル問題を、社会の問題と捉え直し〉をしていっ

ていた。そして、第5期として、〈自分自身を大切にしながら啓発活動や体験を語る〉ことを通して、〈社会に向けての活動に取り組む〉という活動をしていることが明らかになった。

(2) 家族にとっての回復とは(等至点)

共通するところとしては、「家族の回復しているのは今までギャンブラーにやってきたことが間違いだと認識することから始まる」、「家族がまずその病気の理解をして、家族が第一につながっていることが大切」といった語りから〔病気の正しい認識〕、「それぞれの自立っていうことかなっていうふうにすごい思っていて、ひとつは経済的自立と、もうひとつは精神的自立っていうものがあるかな」、「感情のコントロールとか自分の感情の子守が自分でできる」といった語りから〔経済的、精神的自立〕、「自分を大切に生きてたらギャンブルに余計なことしないで済むと思うんです」、「自分を軸にして自分のことを考えて、自分が趣味とか生活を楽しめること」といった語りから「自分を大切にする」であった。その他、「自分の与えられたこの現実に向き合っていけるっていう風になるのは家族の回復かな」「人のことに賭けて生きるっていうそんな生き方から自分の目の前の現実を目を向けられるようになるのは回復かな」「ギャンブル依存症の人たちを距離を置いて、違う角度から見れるようになること」といった語りから〔与えられた現実に目を向ける〕、〔社会に対して自分にできることをやる〕、〔何があっても大丈夫と希望を持つこと〕、〔相手のことを見守れる〕が得られた。

研究4：全国の民間団体や自助グループの

活動の研究

1. 民間団体への調査

① 回収状況

精神保健福祉センター等が把握していた全国に存在する 115 件の民間団体を把握し、そのうち、連絡先が分かり、各支部の代表 73 件に質問紙を送り、41 件の回答を得た（回答率 56.2%）

② 各団体の活動開始時期

各団体の活動開始時期は以下のようになっている

1971-1980 年	1 件 (3.0%)
1981-1990 年	3 件 (9.1%)
1991-2000 年	6 件 (18.2%)
2001-2010 年	10 件 (30.3%)
2011-2020 年	13 件 (39.4%)
無回答	8 件 (19.5%)

今回の団体のうち半数が、2000 年以降に始められていた。特にギャンブル中心とする団体の場合は、2000 年以降に開始された団体が 9 割を占めた。

③ 団体の主な活動形態

分析対象の団体このうち、ギャンブル障害を中心とした施設は 13 例であった。13 例の主な支援内容は、当事者の入寮施設 6 件（46.2%）、当事者の入寮施設+通所施設を兼ねている 1 件（7.7%）、家族会や家族教室を中心とする団体 2 件（15.4%）、家族の自助グループ 2 件（15.4%）、その他 2 件（15.4%）であった。

④ 各団体の活動内容

各団体が行っている支援内容は、当事者への個別の相談 34 件（82.9%）、当事者への電話相談 30 件（73.2%）、家族への個別相談 30 件（73.2%）、当事者のミーティングの運営 27 件（65.9%）、当事者の入所プ

ログラムの提供 25 件（61.0%）、講演会・ワークショップ 20 件（48.8%）、ネット上の情報発信 20 件（48.8%）、ニュースレターの送付 18 件（43.9%）、当事者へのメール相談 17（41.5%）、家族教室 17 件（41.5%）等であった。

⑤ 各団体を知った経路

多くの人にあてはまるという回答の 41 名における割合は、多い順に「ネット上の情報」（48.8%）、「医療機関からの紹介」（46.3%）、「知り合いの紹介・口コミ」29.3%、「精神保健福祉センターや市町村など」26.8%、「団体のパンフレットや書籍など」17.1%であった

⑥ 各機関の対象者の特徴

多くを占めた回答肢は、「ギャンブルを生じてから支援につながるまでに 5 年以上かかっている事例」（58.5%）、「他の支援を受けた経験のない方」（58.5%）、「医療機関を継続的に利用している方」（48.8%）、「生活保護を用いている人」（48.8%）、「当事者が精神障害を合併している方」（26.8%）、「GA を継続的に利用している人」（24.4%）、「当事者が発達障害・知的障害を合併している方」（19.5%）であった。

各機関の担当者がギャンブル障害の支援に関する意見を聞いたところ、「ギャンブル障害のもとになっている生きにくさが見過ごされている」（80.5%）、「ギャンブル障害に関する正確な知識がまだ社会に伝わっていない」（78.0%）、「ギャンブル障害やその合併症についてよく理解して、診療してくれる医療機関が足りない」（75.6%）、「ギャンブル障害に対する社会的な偏見が強い」（70.7%）、「ギャンブル障害の回復に

は当事者・家族の自助グループが有効なケースが大半である (70.7%)、ギャンブル障害を支援する民間団体に対する経済的支援が必要である。」(70.7%) などであった(図12 参照)。

⑦ 民間団体・自助グループの紹介冊子の作成と配布

この研究4で集めた民間団体の情報に加えて、研究1-2, 研究2-1, 研究2-2の所見をもとに、「ギャンブル問題の当事者や家族への民間団体・自助活動の紹介の冊子」をR2年度に作成し、これを全国の精神保健福祉センターや医療機関などに配った。R2年度版では取り上げきれなかった団体の活動内容があるという声があったため、改訂版をR3年度に出した。R2年度版では64団体の活動紹介を掲載したが、変更の有無を確認する書類を送付し、15団体から修正依頼の返信あり、修正を行った。また3団体は新たに追加された。「ギャンブル問題の当事者や家族への民間団体・自助活動の紹介の冊子」第2版を作成し、国内の拠点病院、相談拠点、民間団体(計243箇所)に送付した。

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究

研究1の結果、2つの尺度はそれぞれ、十分な再検査信頼性を有することが明らかとなった(GSAS: ICC = 0.79 (95%CI = .68 - .86)、GRCS: ICC = 0.89 (95%CI = .85 - .93))。研究2の結果、GSAS、及びGRCSといった主観的な指標において、PNFは軽度ながら改善の効果を持つことが示された。これはPNFについての先行研究とも一致する。しかしながら、ギャンブル日数やギヤ

ンブルに費やされた金額、及び援助・支援希求行動に対する効果は認められなかった。研究3の結果、2,000名のギャンブラーのデータに対して、潜在クラス分析を行い、non-problem、low-risk、engaged、at-risk & relationships problem、at-risk & occupational problem、problemの6つのサブタイプがあることが明らかとなった。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBTの効果検証研究において—

1. 被験者の基本属性および臨床的特徴

被験者の平均年齢は37.6歳、教育歴は高校卒業以上が95.0%、婚姻状況は、結婚が51.7%、未婚(婚姻経験なし)が35.0%、離婚が13.3%であった。就業状況は正社員が58.3%、無職が31.7%、アルバイトが8.3%であった。対象者全体の臨床学的特性については、喫煙経験(生涯)は65%、自閉スペクトラム障害指数(Autism-Spectrum Quotient: AQ)の平均得点は20.2点(33点がカットオフポイント)であり、成人期のADHD自己記入式症状チェックリスト(Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1: ASRS)の平均得点は1.57点(2点以上が6項目中4項目以上でADHDの疑い)であった。過去に経験したつらい出来事として、経済的困窮(30.0%)、いじめ(23.3%)、成績不良(13.3%)、厳しいしつけ(13.3%)、過剰に期待をされた体験(13.3%)であった。併存症の有無別による属性および臨床的特徴については、併存症を有する群は、喫煙経験(生涯経験)(77.1% vs 48.0%, $p = 0.028$)、過去のいじめ経験(34.3% vs 8.0%, $p = 0.028$)において有意に高値となった。

2. 被験者の精神科併存症

併存症は、60名中35名(58.3%)で認められた。内訳はうつ病(26.7%)、行動嗜癖(16.7%)、不安障害(11.7%)、知的障害(5.0%)、アルコール使用障害(5.0%)、双極性障害(3.3%)、てんかん(1.7%)、解離性障害(1.7%)であった。

3. 被験者のこれまでのギャンブルに関連する行動、治療、支援

被験者全体では、ギャンブルを開始した年齢は平均19.5歳、最もはまっていた時の年齢は平均30.3歳、最もはまっていた時のギャンブル使用金額は1ヶ月あたり平均82.9万円(範囲:5万円-800万円)、最もはまっていた時の1カ月当たりのギャンブル活動日数は平均22.5日であった。これまでははまっていたギャンブルの種類については、パチンコ(80.0%)、パチスロ(66.7%)、競馬(55.0%)、競艇(35.0%)、ゲームセンター(30.0%)、宝くじ(28.3%)、競輪(26.7%)、賭博麻雀(18.3%)、合法カジノ(10.0%)、スポーツに関連する賭博(10.0%)、証券取引(8.3%)の順であった。

初診前に治療、支援を受けた経験のある機関については、自助グループ(28.3%)、弁護士(11.7%)、保健所・精神保健福祉センター(10.0%)、警察(8.3%)であった。また、ギャンブルが関連した問題行動は、希死念慮78.7%、自傷行為10.0%、自殺未遂11.7%、行方不明20.0%であった。精神科併存症の有無で比較すると、自殺未遂では併存症を有する群は有しない群と比較すると有意に高値となった(20.0% vs 0.0%, $p=0.035$)。

4. 被験者の現在のギャンブルに関連する行動、治療、支援

初診時にギャンブルを中断している者は83.3%であった。ギャンブル障害のスクリーニングテストであるSOGS(South Oaks Gambling Screen)のスコアは平均13.5点(0-2点:問題なし、3-4点:将来、ギャンブル障害になる可能性が高い、5-20点:ギャンブル障害の疑い)であり、60名すべてがギャンブル障害疑いとなる5以上に該当した。うつ症状を評価するPHQ-9(Patient Health Questionnaire-9)のスコアは平均8.4点(0-4点:うつ症状なし、5-9点は軽度、10-14点は中等度、15-19点は中等度~重度、20-27点は重度)であり、中等症以上のうつ症状が疑われる10点以上の者は60名中19名(31.7%)であった。社会機能障害を評価するSEEHAN Disability Scale(SDS)(0点:障害なし、1-3点:軽度、4-6点:中等度、7-9点:重度、10点:極めて重度)では、“仕事・学業への支障”は平均3.3点で、中等度以上(≥ 4 点)の障害は60名21名(35.0%)、“社会生活への支障”は平均2.9点で、中等度以上(≥ 4 点)の障害は60名21名(35.0%)、“家族内のコミュニケーションや役割の支障”は平均3.9点で、中等度以上(≥ 4 点)の障害は60名中27名(45.0%)であった。現在病院で受けている治療については、集団ミーティング(31.7%)、認知行動療法(13.3%)、カウンセリング(26.7%)、薬物療法(8.3%)であった。

併存症のある群とない群の2郡間で比較したところ、現在のギャンブル活動、SOGSスコア、PHQ-9スコア、SDSスコア、現在受けている治療・支援においては、有意な差が認められなかった。

5. 被験者全体における治療状況の変化

3 カ月時の調査では 58 名中 50 名から回答(回収率 86.2%)を。12 ヶ月後の調査では 36 名中 26 名から回答 (回収率 72.2%) を得た。併存症の有無による治療状況の変化については、3 か月後、12 か月後の返信があった 26 名を対象に記述統計を算出した。

1) 通院継続率

被験者全体の通院継続率は、3 ヶ月時 80.8%、12 ヶ月時 57.7%であった。併存症のある群では、3 ヶ月時 75.0%、12 ヶ月時 68.8%であり、併存症のない群では、3 ヶ月時 90.0%、12 ヶ月時 40.0%であった。

2) ギャンブル中断率

被験者全体のギャンブル中断率は、0 ヶ月時 80.8%、3 ヶ月時 76.9%、12 ヶ月時 45.8%であった。併存症のある群では、0 ヶ月時 68.8%、3 ヶ月時 62.5%、12 ヶ月時 35.7%であり、併存症のない群では、0 ヶ月時 100.0%、3 ヶ月時 100.0%、12 ヶ月時 60.0%であった。

3) SOGS スコア

被験者全体の SOGS スコアは、0 ヶ月時の平均得点は 13.5 点、3 ヶ月時 5.0 点、12 ヶ月 6.6 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均スコアは 13.3 点、3 ヶ月時 4.8 点、12 ヶ月時 7.3 点であり、併存症のない群では、0 ヶ月時の平均得点は 13.6 点、3 ヶ月時 5.1 点、12 ヶ月時 6.0 点であった。

4) PHQ-9 スコア

被験者全体の PHQ-9 スコアは、0 ヶ月時の平均得点は 7.4 点、3 ヶ月時は 6.2 点、12 ヶ月時は 5.5 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均スコアは 8.9 点、3 ヶ月時 8.0 点、12 ヶ月時 6.3 点であった。併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 6.6 点、3 ヶ月時 4.9 点、12 ヶ月時 4.8

点であった。

5) SDS スコア

被験者全体の SDS スコアは、“仕事・学業への支障”の 0 ヶ月時の平均得点は 3.5 点、3 ヶ月時は 1.4 点、12 ヶ月時は 1.6 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均得点は 4.7 点、3 ヶ月時 1.8 点、12 ヶ月時 2.1 点であり、併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 2.1 点、3 ヶ月時 1.1 点、12 ヶ月時 1.0 点であった(図 5)。

“社会生活への支障”の 0 ヶ月時の平均スコアは 2.4 点、3 ヶ月時は 1.9 点、12 ヶ月時は 1.5 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均得点は 2.8 点、3 ヶ月時 2.0 点、12 ヶ月時 2.3 点であり、併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 2.1 点、3 ヶ月時 2.0 点、12 ヶ月時 0.8 点であった。

“家族内のコミュニケーションや役割の支障”の 0 ヶ月時の平均スコアは 2.7 点、3 ヶ月時は 1.2 点、12 ヶ月時は 1.2 点であった。併存症のある群では、0 ヶ月時の平均得点は 3.4 点、3 ヶ月時 1.6 点、12 ヶ月時 1.8 点であった。併存症のない群では、0 ヶ月時の平均スコアは 2.0 点、3 ヶ月時 0.8 点、12 ヶ月時 0.7 点であった。

6. 簡易介入の効果の検討：AI チャットボット GAMBOT2 の開発と効果検証

事業年度内に 110 名の研究参加者を組入れ、介入群に 60 名、対照群に 50 名をランダム割り付けした。

研究参加者 110 名の平均年齢は 42 歳、男性が 78%、過去 1 週間の平均ギャンブル頻度が 3.39 日、賭け金中央値が 52,500 円、Probl

em Gambling Severity Index合計点の平均値が14.5点であった。また、研究参加者のうち、自助グループ、または専門支援機関に相談経験がある者の割合は順に14%、11%、自助グループまたは専門支援機関への支援希求の実行意図がある者の割合は46%であった。

アウトカムの解析は目標サンプルサイズ134名全員の12週の評価が終わった時点で実施する予定である。

7. 治療プログラム研修および研修の効果検証

1) 研修の実施

研修の目的は、「ギャンブル依存症者に対して積極的な援助ができるようになるとともに、認知行動療法に基づくギャンブル依存症治療プログラム(依存症集団療法)を実施するための知識及び技能を身につけて、ギャンブル依存症に対する治療を実施できる医療従事者を増やし、全国各地における医療体制を構築することを目的とする。なお、本研修は、2020年度診療報酬改定にて収載された「依存症集団療法」の算定要件となる。研修の課題は、「ギャンブル依存症者の臨床的特徴と治療に関するエビデンスを理解し、認知行動療法の実際を学ぶ」である。

プログラムの内容は、講義と実習から成る。講義は、1. ギャンブル障害の概念・実態・診断(ギャンブル依存症の疫学、特徴、精神医学的特性を含む)(60分)(精神科医師担当)、2. ギャンブル障害の治療総論(ギャンブル依存症に関連する社会資源を含む)(60分)(精神科医師担当)、3. ギャンブル障害の認知行動療法概論(ギャンブル依

存症に対する集団療法の概要と適応、集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点を含む)(60分)(精神科医師担当)、実習は標準的治療プログラムの内容に沿ったもので、まず、役者の演じるロールプレイの画像を各セッションの開始に10~15分間程度視聴して、担当者が内容や目的について解説した後、参加者同士のロールプレイを実施した。内容は、Session1 ギャンブル障害について説明とバランスシート作成、Session2 ギャンブルの引き金の同定、Session3 ギャンブルの引き金への対処とギャンブルの渴望、Session4 生活の再建と代替行動、Session5 ギャンブルに対する考え方のくせ、Session6 まとめと復習である。

研修は、令和3年度に2回実施した。1回目は、令和3年11月4日から5日、2回目は令和4年3月3日から4日であり、場所はいずれも品川の会議室にて、感染予防対策を十分に行った上で、対面で開催した。

2) 研修の効果検証

アンケートに回答したのは、研修前41名、研修後は54名であり、研修前と後の双方に回答したのは、38名(男性23名、女性15名)であった。

研修の効果測定のために用いたJ-GGPPQ得点を研修前後で比較すると、合計点数および各下位項目の点数ともに有意に向上しており、研修の効果が示されたと考えられた。依存症支援の経験年数を3年未満と3年以上に分けて比較すると、研修前は、知識とスキル、相談と助言、仕事の満足と自信といった下位項目で経験年数が長いものが短いものより、有意に点数が高いことが

示された。この傾向は、研修後も同様であった。研修前後の点数の変化を経験年数別に対応のある T 検定で比較したところ、3 年未満の経験の少ない受講生は、すべての項目で有意に点数が向上したが、3 年以上の経験者では、相談とスキル、仕事満足と自信、役割認識の下位項目は、有意な点数の増加が認められず、依存症支援の経験年数によって、研修の効果が異なる可能性が示唆された。また、職種による点数の違いを検討したところ、研修前は、各下位項目で職種間の有意差は認められなかったが、研修後の点数は、知識とスキルの下位項目のみ職種間で点数が異なっており、医師、臨床心理師は、看護師、精神保健福祉士より点数が有意に高かった。しかし、研修前後の点数の変化を職種間で反復測定分散分析を用いて比較したところ、いずれの下位項目にも有意差は認められず、職種を問わず効果が認められたことが示唆された。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作成-ニーズ調査とツール作成-

1. 記述結果から見た各精神保健福祉センターおよび地域の実態

記述統計からは、各精神保健福祉センターおよび所属自治体ではギャンブル問題の対応にあたり、十分に態勢を整備している状況がうかがえた。対応職員は臨床心理士などの有資格を持つ、平均勤務期間 1

1. 8 年のベテラン職員であり、相談できる医療機関の数も 1 機関以上が 98% を占め、まったくないという回答は 2 施設（全体の 3%）に過ぎなかった。入院可能な医療機関の数も、62% が 1 機関以上と回答していた。治療拠点機関数もゼロという回答

が 42% あったものの、58% が 1 機関以上と回答していた。家族を対象とした支援団体についてもほとんどの精神保健福祉センターが 1 機関以上を認識していた。当事者向けの回復プログラムも 76% の精神保健福祉センターが有しており、家族対象のプログラムも 55% が有している。債務整理についての相談先も 58% が有しており、貸し付け自粛制度についても 58% が制度を知っている。スタッフのトレーニングについても、研修を受講したスタッフがゼロという回答はなく、3% の不明回答をのぞけばほぼ全数がスタッフのギャンブル研修を受講していた。また連絡会や事例検討会なども 69% が実施していた。

治療拠点病院についての評価は、「果たしていない」とする回答は 2% に過ぎず、「果たしている」（46%）が最多であった。しかし「どちらとも言えない」

（15%）と無回答（37%）を合計すると 52% であり、治療拠点病院についての評価はほぼ 2 分された。

2. 連携に関する因子の相関分析および連携に寄与する因子の探索

相関分析の結果からは、連携の指標とした「相談可能な医療機関数」と有意な相関を示した因子は、入院可能医療機関数、専門プログラムを持つ医療機関数、治療拠点機関数、家族支援団体数、研修受講職員数であった。相関を示した各因子のような医療資源、家族支援団体が多ければ、それだけ連携も多くなると考えられる。また研修受講職員数が多ければセンターとしての連携スキルが向上し、相談可能な医療機関数の数と相関を示すと考えられる。

しかし相談可能医療機関数を従属変数

とした重回帰分析では、連携の指標である「相談可能な医療機関数」の寄与因子として統計学的に有意であったのは「専門プログラムを持つ医療機関数」のみであった。治療拠点機関の数は、連携の指標に対して有意な寄与を示さなかった。

3. 自由記述回答からみた問題点

自由回答からは、専門医療機関の不足、および病院や回復施設、あるいは事業者も含めた様々な組織・資源との連携不足が問題点として挙げられた。記述統計および相関分析、重回帰分析との結果ともあわせ、地域でギャンブル等依存症の診療を行う専門医療機関、拠点医療機関がニーズに対して不足していることは否めない。また、連携の不足を挙げる回答も22施設と多く、多くのセンターが連携不足を問題視していることも分かった。

またその他の回答からは、地域の事情がそれぞれに異なり、ニーズも多種多様であることがうかがえた。

D. 考察

1. 医療機関における治療プログラムの効果検証

結果のまとめと考察を示す。

本年度は、令和2年度に開始した対象者の組み入れを継続して、追跡調査を実施した。協力医療機関のスタッフの方々の協力を得て、当初目標とした200名を超える調査参加者を得ることができ、ギャンブル外来を受診するギャンブル障害者の実態を把握することができた。

ベースライン調査で得られたギャンブル外来を受診する者の特徴としては、①受診時の精神的問題では、不安、罪悪感、イラ

イラを抱えて受診する者が多い、②希死念慮を有する割合、自殺企図の経験も男女を問わず高い割合である、③喫煙率が男女とも高い、④飲酒問題を評価するAUDIT-Cでカットオフ値（男性5点、女性4点）を上回る割合は、男性26.7%、女性28.6%であった。一般住民の調査では、男性40.7%、女性23.2%と報告されており²⁶⁾、特にギャンブル障害で多いとは言えない、⑤精神科通院歴は、男女とも3割程度に認められ、ギャンブル障害での受診歴は13-14%であった、⑥ギャンブルを始めた年齢は、平均で男性19歳、女性で20歳であった。一般住民調査の結果で、20歳未満でギャンブルを経験しているのは、男性の43.2%、女性の17.3%であり²⁶⁾、ギャンブル障害者は、若い年齢から始めていることが示唆された、⑦男女とも4割程度の者に精神科併存疾患があり、うつ病が最多であった、⑧6.5%にADHDの併存が疑われた、⑨GRCSとDSM-5による重症度では、ギャンブルに対する非合理的な考えが強いことは重症度と相関していることが示された、⑩ギャンブル外来を受診するギャンブル障害者のほとんどが強い抑うつ、不安状態にある、⑪1つ以上の小児期逆境体験を有する割合は、男女で31.4%だが、一般住民調査では、25.0%であり²⁶⁾、ギャンブル障害者で高い割合であることが示唆された。

追跡調査の主な結果は、以下の通りである。①6か月調査の回答率は、78.7%、②受診6か月後で通院を継続しているのは、54.6%、③通院している者では、頻度は月1回が多い、④治療内容は冊子を用いたプログラムと医師による診察が最多、⑤プログラムによる治療を受けている者では、6か月

の時点で約30%がプログラムを終了しており、途中でやめて続ける気がないのは16%、⑥受診後にギャンブルを止めている割合は、56.3%、⑦ギャンブルをしたと回答した者も回数が減ったと回答しているのが77.1%、⑧ギャンブルをしたと回答した者でギャンブルに使う金額が減ったと回答しているのは、73.8%、⑨受診後にしたギャンブルの種類では、パチンコが最多、⑩受診後に新たに借金をしたのは、16%、⑪受診後にGA参加したのは、22.9%、⑫6カ月調査では、「すべてのギャンブルを止めたい」と回答している者が約7割であり、「問題のあるギャンブルのみ止めたい」を合わせると9割以上がギャンブルを止めることを希望していた、⑬ギャンブルを止めている者では、社会的機能も改善がみられる、⑭ギャンブルに対する非合理的な考えがベースラインで強いものでは、受診後もギャンブルをする割合が高く、受診後の予後予測する因子になる可能性が示唆された、⑮K6得点は、ベースラインで点数が高く強い抑うつ、不安が示唆される者の割合が高いが、6カ月後もその割合には明らかな変化はなく、ギャンブルの有無で比較しても同様であった。これらの結果より、ギャンブル以外の要因が関与している可能性が考えられた。

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究

研究①では、全国の精神保健福祉センター職員のギャンブル依存症者支援の技術の向上を目的とした研修を開催し、効果的であることが分かった。令和3年度までに全国69すべての精神保健福祉センターが本

研修を受講しており、全国のギャンブル依存症相談体制の均てん化に寄与していると考えられる。また、定期的な異動がある行政職員を対象に定期的にギャンブル障害についての研修が実施されることは、支援の均てん化という観点から極めて重要であり、本研修が全国の精神保健福祉センターのギャンブル障害支援体制の普及に大きく貢献していると考えられる。

研修調査②では、全国の精神保健福祉センターのギャンブル依存相談件数と回復プログラム（本人向け、家族向け）実施状況を調査し、相談件数は増加し、回復プログラムは本人向けは増加しているが、家族向けは減少していることが分かった。69センター中67センターがギャンブル等依存症相談拠点指定を既に受けているもしくは近日受ける予定で、1センターは外部委託を行っており、ほぼ日本全国を網羅できたことはこれまでの研修の積み上げが有意義であったと考える。コロナウイルス感染症拡大予防のためにプログラムの中止・縮小・オンライン化および連携低下を認め、利用者を紹介しにくい、利用の継続ができないなどの弊害があった。症状が悪化した利用者も確認されており、プログラムや通院の中断・時間を持て余す・経済状況や人間関係の悪化などが関係していそうである。

ギャンブル障害を患う本人および家族からの相談件数は今後も増えることが予想され、精神保健福祉センター相談員の支援技術の向上および支援プログラムの普及は今後も益々重要と考える。また、研修効果の測定をより安定させるために、J-GGPPQの尺度化も進行中である。

3. 自助グループや民間支援団体への支援のための課題抽出

1. GAの有効性に関する文献検討

GAは、ギャンブルへのアディクションが問題として取り上げられるようになった時に、アルコール依存症や薬物依存症の自助グループであるAAやNAをもとに使われてきた。現在は、認知行動療法などの専門治療が広がりつつあるが、それより前からGAは広がっていたが、実証的な効果研究はなされていなかったと思われる。そうした状況で行われたStewart and Brown (1988)による早期のGA研究でミーティング参加やギャンブル行動の停止率が低いという所見が出されたが、それはGAへの参加状況などを十分に評価していないものであった。その後改めて行われた横断研究で、より詳細にGAへの参加状況とギャンブルの停止などの様々な回復の指標の関係を調べると、それらの間に統計的に有意な関連があることが示された。質的な研究では、GAでは同じ体験を仲間同士での関係に支えられて、債務などの実際的な対応について知ることのみでなく、スピリチュアルや感情の面における効果が実感されていることが確かめられた。

一方、最も実証性の高いRCTによる研究では、認知行動療法の効果を見るために、GAのみの条件との比較が行われ、CBTの方が良いという結果またはCBTを用いた群とGAのみの群の間に有意差がないという報告が主にされてきた。また、対照群との比較ということではGAの効果がでていないが、GAを用いたことと良い効果の関係が報告されている。こうした所見をどう見るかの見解はまだ明確でないが、RCTにおける比較とい

う点で明確にGAの効果出していないといっても、もともとの研究デザインが、認知行動療法の効果を主軸において、GAのみの条件は対照としての扱いになっている場合が多い。そのため、GAを用いる頻度やコミットメントなどがしっかり確保されていることなどが十分でない点でGAの効果が低いという結論はだせない。また、GAのみの群が、CBTとGAの両方の群より効果が低いということは、CBTとGAの併用の有用性を示している可能性がある。

そもそもGAを含むアノニマスグループについては、自主的な参加が重要であるために、無作為割付の手順を用いることが難しいということが指摘されてきた。アノニマスグループでは自主的な参加が特徴であり、その有効性を検討する場合に、アノニマスグループを自己選択することの影響と、利用による効果の2つをどう区別していかかが問題となってきた。AAについて、Humphreysらによる「操作変数モデル」という新しい手法によるメタ分析により、12ステップ促進プログラム(12TSF)を無作為割付されたことがAAの参加に効果があることを確認した上で、無作為化に起因する(=自己選択バイアスがない)AA出席の増加は、3ヵ月後、15ヵ月後における断薬日数の増加に有意な効果を持つことを示した。更にKellyら(2020)によるコクランレビューの研究で、研究デザイン、マニュアル化の程度、介入のタイプ(12TSF/AA、CBTなどの方法)によって断酒継続の有無、断酒日数%(PDA)を調べ、その結果、マニュアル化されたAA/TSFは、他の介入(CBTなど)と比べて、12ヵ月後の継続的断酒率の改善に有意な影響をもち、PDAでは他の介入と同等の

影響を持っていた。マニュアル化されない AA/TSF では、断酒継続、PDA の両方で他の介入と同等の影響を持っていることが示された。

以上から、AA について RCT による効果が証明されという認識が広まりつつあり、アノニマスグループの効果のエビデンスが得られつつある。GA についてはまだこうした手法は用いられていないが、今後用いられることが期待される。例えば、George & Ijeoma は、「ギャンブラーズアノニマス：見過されている。使われていない？ (Gamblers Anonymous: overlooked and underused?)」というタイトルの論文 (George, and, Ijeoma, 2018) を書き、その中で GA に対するエビデンスが十分でない面を指摘しながらも、GA が CBT などの他の介入との組み合わせでは有効な手段である可能性があるとして述べている。そして、彼らは、ギャンブル障害があっても十分な支援が受けられておらず、薬物療法も使えない中で、GA は有望な手段であり、医師は GA に対する認識を高めて、患者に治療の選択肢として GA を提供できるように準備すべきであるとしている。また、Toneatto (2008) は、CBT と GA は共通の側面をもち相補的に考えるべきであり、この両者を含む統合的な治療の提供が望ましいことを指摘している。

日本では、カジノ導入の話が契機になり、ギャンブル障害への対策の必要性が指摘される中で、CBT の導入がなされた。GA はこうした動向の以前から各地で行われてきて、あらためてギャンブル障害への対策の中で、CBT と GA をおいと位置付けていくことが望まれる。

2. GA 利用者のグループインタビューよりみた GA の有効性

GA の利用者のインタビューによると、ギャンブル障害のある人にとって「ダメな人間だ」と自己否定したり、逆に「自分は別に大丈夫なんだ」と問題の否認をおこないなかなか自分が困っていることを相談できない場合が多い。そんな状況の中で、自助グループは、当事者にとって同じ立場の人がいて、うまくいっていないことでも受け止めてもらえる体験ができる場所として大きな意味を持っていることが明らかであった。

自己中心的な考えに陥っていた自分あらためて、つながることの価値や感謝の気持ちを感じようになり、単にギャンブルを止めているというだけでなく自分や生き方が変わったということが実感を含めて語られていた。

ミーティングに通うことそのものに加えて、12ステップのプログラムを行うことで、大きな変化を実感していた。12ステップのプログラムを全ての人が熱心に行うわけではないことも指摘されていたが、このプログラムをうけることで、一応ギャンブルが止まっても苦しくてしょうがないと感じていた毎日が楽しいものと感じられるようになったという。そうした感じ方の変化は、他の仲間や社会に対して自分たちがメッセージを運ぶという視点が持てるようになることで、「ダメな自分」という考えから一歩出て、他者や社会に心を開くことができるようになることが良い影響を与えている。更には、自分自身の回復を進めていくことが他の仲間を助けることにもつながっていることを実感する中で自分の価値を感じられるようになることも影響している。

近年、ギャンブル障害への認知行動療法などの心理療法が出てきているが、これらがまずどのようにやめ始めることができるかという時期には力を発揮することが期待される、しかし、やめた後の生きにくさやむなしさを埋めて人生を肯定的にとらえられるようになるというところまでは、心理療法のみでは難しい場合があると思われ、自分が生きている意味が変わるという実感を与える力がある自助グループはやはりギャンブル障害の支援になくてはならないものであるということが今回の結果から確かめられた。Venuleo, & Marinaci, (2017) は、イタリアの GA とギャマノンの参加者のインタビューにもとづく質的研究を行い、自助グループが示す疾病のモデルが提供されることで、当事者や家族が抱いていた自分を責めるストーリーから解き放たれて、新しい自己像を見出すことができるようになることを論じている。これは今回の結果と一致するものであるといえる。

3. 入所型回復施設の利用状況と効果

入所型回復施設グレイスロードの利用者は、借金が500万円以上の方が半数以上、1000万以上が4分の1以上であった。そして、家族との離婚や別離の経験を3割、自殺念慮・自殺企図、家族への暴力・暴言、アルコール・薬物問題・犯罪が5割以上に存在していた。入所型回復施設に入る事例は、通所では回復できにくいほどの重篤な問題を生じてもギャンブルを止められない者であることを意味していると思われた。

グレイスロードでは、プログラムを第1フェーズ(入所を中心とするプログラム)と第2フェーズ(社会復帰を中心とするプロ

グラム)に分けていて、利用期間は13カ月を一応の目安になっているという。今回の対象者の利用期間は、平均 20.9 ± 21.1 カ月で最短0.3、最長76.5カ月であり、13カ月を超えている者は50%であり、比較的長期の利用をしている者が多かった。そして、利用期間とGSA-Jすなわちギャンブル障害の症状を検討すると、利用期間が長いほど症状が軽くなっており、入所してギャンブル生活から離れてプログラムを受けることはギャンブルを用いたい気もちや衝動の低下に有用であることが示唆された。

GRCS-Jで測定したギャンブルへの認識の歪みでも、利用期間によってわけた4群間で有意差があった。しかし、認知の歪みは、ギャンブル障害の症状のように利用期間が長い群ほど低いという所見ではなかった。特に異なっていたのは、入所後4カ月以内の群よりも、4から13カ月の群では歪みが強くなっている点である。そして、14カ月から2年の群では4から13カ月群より歪みが少なくなっており、さらに2年以上の群ではもっと歪みが少なかった。つまり入所後4から13カ月より長い群での違いは、利用期間の長い群の方が、よい状態を示していた。今回のデータはあくまで横断調査の結果であり、値の推移について今回の所見で決定的なことをいうことはできない。しかし、そうした限界を確認した上で、今回の結果から推測される過程について次のように考えられた。ギャンブルへの認知の歪みは、ギャンブル状況から離れてもすぐには好転せず、一旦歪みが強くなり、その後改善するという推移をたどる可能性がある。回復施設に入った時は、ギャンブルによるトラブルに懲りており、ギャンブルへの期

待などの一旦は下がるが、一旦離れた状態で1年くらい過ごすと思ってもとのギャンブル障害的な考え方に戻ってしまい、その後社会復帰へ向かいながらもギャンブルを用いないでいられる経験をする中で、ギャンブルへの認知が変わっていくという経緯をたどることが示唆される。こうした変化は単にギャンブル状況から離れるだけではなく、そこで12ステップなどのプログラムによりギャンブルなしでやっていける考えや自信がついてくることが影響しているのではないかと推測される。

4. 家族の回復におけるギャマノンと他の支援の効果の違い

ギャンブル障害の家族に対するアンケート調査をしたところ、ギャマノンを主に用いている群と精神保健福祉センターや医療機関などを中心に用いている群を比較したところ、以下のような所見がみられた。

- ・両群はもともとの背景や当事者のギャンブル状況には有意差がない。
- ・援助を受けたことでの変化として、「ギャンブル障害への対応ができるようになった」「自分の生活を守る行動が取れるようになった」「自分自身の問題に向き合えるようになった」という回答の割合が、自助グループを主に用いている群の方が、有意に多かった。
- ・自助グループを主に用いている群の方が、WHO/ QOLが高かった。
- ・自助グループを主に用いている群の方が、依存症への理解得点、当事者への肯定的な関わり得点が高い。

これらをもとに自助グループを用いることができている家族は、依存症への理解や当事者への対応が向上して、それとともに

家族自身が力をつけて自分の生活の質を向上させることができているといえる。

5. ギャンブル障害の家族の自助グループの有効性

ギャマノン利用者のグループインタビューをもとに検討したところ以下のような様子が見られた。

ギャマノンは初期には、まず同じ立場の家族と出会う場を提供し、そこで不安でいっぱいになっている状態を落ち着かせてくれる。そしてギャンブル障害という病気を知る機会を提供することで、家族に回復への指針を示す機能を果たしている。さらには、ギャマノンに通う中で、家族自身が、当事者に対して過度にコントロールしようとしたり、巻き込まれてしまう側面をもっていることに気づく体験をしていることが語られた。家族にとっての自助グループは、家族自身の生き方を考え直すという場所にもなっているといえた。

更に詳しくそうした変化の過程を家族のインタビューの分析から見ると以下のようなものがみられた。

- ① 「ギャンブル障害を正しく理解した上で、依存症者の症状に翻弄されていたところから物理的、心理的距離をとること」
- ② 「自分自身の感情やニーズを自己認識、自己受容し、それを満たせるような行動をとること」
- ③ 「現実を受け止め、将来に希望を持つこと、経験を役立てようと有意義感を持つこと」。

これらの回復の要素については、TEAにより家族の過程を視覚化した図をみると、これらの回復要因は知識として教えられる

だけではなく、ギャンノンでの仲間との関わりの中で体験的に身に着けていることがわかる。当事者とのやり取りで家族として頑張ってもうまくいかないような場面で、仲間からの支援が転機になって、依存症を病気として理解した上で当事者との距離を取り直しているが、このような過程は、同じ立場で苦労してきた家族との間でこそ生じやすいといえ、自助グループならではのものといえる。また、当事者の理解や対応にとどまらず、共依存などの家族自身の心の問題を振り返り、自分なりの生き方や希望を見出せていることも、12ステップモデルに基づくギャンノンの効果の特徴であると思われた。

ギャンブル障害の回復過程では、家族は、まず当事者よりも先に相談や治療の機関につながる事が多く、治療開始を助ける存在である。また当事者は一旦治療につながってもすぐにはギャンブルはやめられない場合が多く、何度かの失敗を経験する中で次第に治療に主体的に取り組めるようになるが、そうした長期的治療過程を維持する上で、家族は大きな役割を果たす場合が多い。そういう意味でギャンブル障害の回復において、長期的な家族援助は重要な要素であり、ギャンノンはこれに大きく寄与しているといえる。

このように家族の自助グループは大きな役割を果たしているということであれば、家族をできるだけ早く自助グループにつなぐことが重要になる。しかし、今回の結果では家族が当事者のギャンブル問題に気が付いた時期と自助グループ利用期間の分布を見比べるとつながるのに何年もかかっている人が少なくないことがわかった。相談機

関やインターネットを通じて、家族に対して自助グループやその効果を知らせると努力が重要になってくると思われた。

6. 自助グループ、民間団体を含めた包括的な支援体制と情報提供の重要性

当事者の自助グループの効果の研究で触れたように、認知行動療法などの専門治療があっても、自助グループとどちらを選択するというよりも自助グループも相補的に用いることに意味がある。家族の自助グループの研究結果では、自助グループに行くことで依存症を理解し、当事者への関りを変えるのみではなく、家族自身が自分の人生を考え直すことで来ていた。こうした利点は、12ステップの自助グループのみでなく、同様のミーティングを入所型の回復施設や、家族や回復者が一緒に参加する活動や民間団体が多様なサービスにおいても意味がある。というのは、依存症の回復には定着した依存行動から離れるだけでなく、その下にある生きづらさを変えていく人間的なつながりや安定した生活や活動が必要になるからである。そうした全人的な支援を長期に提供できる自助グループや民間団体と専門機関や行政を含めた統合的な治療体制が築かれるべきと考えられる。そうした視点で、今回は昨年度に引き続き、全国各地の民間団体に連絡して、その活動を紹介する冊子を作製した。それと同時に改めて各団体の方に意見をきいたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が出てきた。以前より、精神保健福祉センターなどによる援助職への研修なども充実してきているが、自助グル

ープや民間団体の効果や特徴などをよりの確に伝えられるような人材や情報提供体制がさらに必要なのではないかと考えられる。今回作成した民間団体や自助グループの活動紹介も有用であろうし、またあくまでも自助グループ等は強制的に生かせるものではないので、すぐにつながらない場合もあることや 12 ステップの場合にはハイパーパワーなどすぐには理解ができていく考えが使われており、そうした特徴について誤解がないように伝える努力が必要である。海外では、12 ステップ促進プログラム(12TSF)というものが作られ、専門機関から自助グループへの移行を助ける工夫がなされており、日本でもそうした連携のための工夫が必要と思われる。

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究

ギャンブル障害に関連する指標である GSAS や GRCS については今後、測定誤差や検出可能な変化の値の算出が必要となる。ギャンブル障害におけるより効果的な PNF の開発が期待される。ギャンブルに関して深刻化しておらず、他の精神障害の合併もないギャンブラーについて、サブタイプの特徴に基づいた予防、治療ギャップ解消に関する知見の集積が期待される。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBT の効果検証研究において—

考察と結論を示す。

本研究では、ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義について、併存症のギャンブル障害の治療経過におよぼす

影響を中心に詳細な検討を行った。現時点では、研究開始から 1 年 10 カ月経過しているが、1 年間の治療経過を終えた被験者が 60 名中 26 名であることから、この 26 名を対象とした結果を報告する。

1) ギャンブル障害における精神科併存症

ギャンブル障害患者の 58.3% に併存疾患が存在し、内訳はうつ病 (26.7%)、行動嗜癖 (16.7%)、不安障害 (11.7%)、知的障害 (5.0%)、アルコール使用障害 (5.0%)、双極性障害 (3.3%)、てんかん (1.7%)、解離性障害 (1.7%) であった。先行研究と同様に、ギャンブル障害では高い割合で併存症が存在すること、併存症の種類は多岐に渡ることが示された。

2) 精神科併存症の臨床的意義

併存症の有無で 2 群に分類して比較したところ、併存症のある群では、喫煙経験、過去のいじめ経験、ギャンブルに関連した自殺未遂の割合が高い結果となった。一方、ギャンブルに関連した問題行動、治療や支援経験、SOGS スコア、PHQ-9 スコア、SDS スコアにおいては、有意な差は認められなかった。先行研究では、併存症のあるギャンブル障害では、ギャンブルに関連する症状が重症化することが報告されているが、本研究では異なる結果となった。その理由にはいくつかの可能性が考えられる。まず、症例数が少ないことによる影響がある。第二に、本研究の被験者は、外来患者であることから、ギャンブル障害および精神科併存症ともに入院患者と比較すると軽症であることが想定される。今後、症例数を増やし、入院症例も含めた検討が必要と考える。

3) 精神科併存症のギャンブル障害の治療経過におよぼす影響

現在、1年間の治療経過を追えた被験者が26名であることから、これを併存症の有無で2郡に分けて統計的解析を加えることは困難であることから、統計処理は行っていない。このため、あくまで印象であるが、精神科併存症状群の方が、非併存群と比較してうつ症状の尺度 (PHQ-9)、社会機能障害 (SDS)、ギャンブル障害の中断率が1年間の治療経過を通して不良な傾向が見られた。この点は、今後、症例を増やして有意な差がみられるか否かを検証していく必要がある。

また、また、12カ月の時点でのギャンブル中止率と治療継続率が約50%であったことは、本疾患の治療が困難であることを示唆している。

6. 簡易介入の効果の検討：AIチャットロボット GAMBOT2の開発と効果検証

研究参加者の中には専門外来受診者と同等、またはそれ以上の深刻な問題を抱える一方で、研究参加時点では専門的な支援を希望しない者が散見された。しかし、介入群の中にはセラピストに対して専門的な支援について質問したり、専門外来の予約をしたりした者もあり、低コストな自動応答チャットロボット利用者に人間のセラピストが適宜対応することの重要性が示唆された。

7. 治療プログラム研修および研修の効果検証

令和1年にギャンブル治療プログラム研修を計画したが、新型コロナウイルス感染拡大の影響のため、令和2年度は実施できず、研修で用いる実習用の動画を作成して、令和3

年度に2回対面で実施した。また、研修の効果をJ-GGPPQを用いて検証したところ、依存症支援の経験年数によって効果が異なる可能性は示唆されたものの、すべての職種で研修前より研修後には、点数が向上しており、効果が認められた。本研修は「依存症集団療法」の算定要件となるため、来年度以降も引き続き、実施を継続する予定である。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作成-ニーズ調査とツール作成-

調査結果から①各精神保健福祉センターの取り組みはすでにかなり進んでいること、②専門医療機関の不足、連携不足、③ふだんからの資源間のコミュニケーションや情報共有が連携に寄与する可能性、が示唆された。各地域の規模や地域性を前提に考えれば、一律の連携マニュアルを作成することは不可能である。そのため地域連携の手法として、各資源が平等な立場で相互理解を深め、コミュニケーション強化し、さらには対象理解を深めるための「問題解決しない事例検討会」を提案する。それを適切に実行するためのマニュアル（リーフレット）を本分担任の成果物とする。対象理解を目的とし、あえて「問題解決しない」ことを明言した事例検討会を開くことによって、地域の連携体制が強化され、また対象理解を通じてまだまだ世間や医療者、支援者に根強い忌避感情やスティグマの解消にもつながると考える。あえて問題解決をしないことを掲げることで、一部の強い発言に流されることなく、参加者が意見を述べやすい工夫をした。地域でのネットワーク作りのきっかけとなることが期待できる。今後は本マニュアルを用いたワー

クシヨップや全国での事例検討会の開催を企画している。

E. 結論

1. 医療機関における治療プログラムの効果検証

治療を求めて医療機関を受診するギャンブル障害のベースラインおよび追跡調査を実施し、受診 6 カ月後調査までの結果を集計して報告した。

医療機関を受診するギャンブル障害の実態が把握でき、その特徴を明らかにするとともに、構造化面接による精神科併存症の有無、割合を報告した。追跡調査では、6 ヶ月の時点で過半数がギャンブルを止めている実態が明らかになった。また、ギャンブルを止めていない者においても、回数やギャンブルに使う金額が減っていると回答した者の割合は 70%を超えており、治療の効果が示唆された。ギャンブルに対する非合理的な考えの強さが予後を予測する因子である可能性が示唆された。一方、うつ、不安の強さは、6 カ月後まで持続しており、診療や支援に当たっては、その点に配慮することが必要と考えられた。

2. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究

本研究を継続し研修会を実施することで精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の精神保健福祉相談の技術支援向上に役立ち、ギャンブル障害からの回復の一助になる。

3. 自助グループや民間支援団体への支

援のための課題抽出

研究 I : ギャンブル障害当事者の自助グループの研究

研究 1-1 : GA の文献研究。

- ① GA への参加状況とギャンブルの停止などの様々な回復の指標の関係の間に統計的に有意な関連があることが示された。
- ② 質的な研究では、GA では同じ体験仲間同士での関係に支えられて、債務などの実際的な対応について知ることのみでなく、スピリチュアルや感情の面における効果が実感されていることが確かめられた。
- ③ RCT による効果の確かめは、AA や NA では行われているが GA ではまだなので今後行われるべきであると考えられた。

研究 1-2 : GA の利用者のインタビュー調査

全国各地の GA に継続的に参加者(11 名)に、GA での体験や回復や社会に求めるものなどのグループインタビューを行い、言表を MAXQDA というソフト質的分析を行った。

- ① 発言を分類して得た 5 つのカテゴリーは、i. 自助グループにつながる以前の苦労、ii. 自助グループへのつながる経緯(「つながることへの抵抗や否認は最初あったし、続くこともある。」、iii. 自助グループの有効性、iv. 様々な自助グループに利用の仕方、v 関連機関や社会における自助グループの理解」であった。
- ② これらをもとにした分析により、自助グループでは、同じ立場の仲間が迎えられ、正直になれる場を提供されることや、12 ステップにより、考え方が変わり、生き

ていることが肯定的にとらえられるようになることが言及されていた。但し、自助グループ開始時には、すぐに効果が実感できないことがあり、そうした時期を超えていくアドバイスが重要であること、地域によって自助グループの数や内容に偏りがあることなどの所見が得られた。

研究 I-3 : 入所型回復施設による回復過程

- ① 入所型回復施設グレイロードの調査の結果、利用者には多額の借金、家族との離婚や別離、自殺、暴力、アルコール・薬物問題・犯罪を生じている重篤な事例の割合が高かった。
- ② 利用期間で分けた4群(3か月以内、4-13か月、14か月-2年、2年以上)を比較すると、利用期間がない群ほどギャンブル障害の症状が低下していた。一方、ギャンブルに関する認知の歪みは、3か月以内より4-13か月の方は高く、14か月-2年ではそれより低下し、2年以上では最も低かったことから、施設利用はギャンブルへの認知の変化に結び付くためには、入所による危険な生活環境からの隔離のみでなく、12ステッププログラムや社会復帰における新しい生き方に触れるなどの長期的な体験が必要であることが示唆された

研究 2. ギャンブル障害の家族の自助グループの研究

研究 2-1 : ギャンブル障害の家族への支援に関する自助グループとその他の支援の効果の比

- ① ギャンブル障害の家族に対するアンケート調査をしたところ、ギヤマノン

主に用いている群と精神保健福祉センターや医療機関などを中心に用いている群を比較したところ、以下のような所見がみられた。

- ② 援助を受けたことでの変化として、「ギャンブル障害への対応ができるようになった」、「自分の生活を守る行動が取れるようになった」、「自分自身の問題に向き合えるようになった」という回答の割合が、自助グループを主に用いている群の方が、有意に多かった。
- ③ 自助グループを主に用いている群の方が、WHO/ QOL、依存症への理解得点、当事者への肯定的な関わり得点が高い。

研究 2-2 : ギヤマノン利用者に対するグループインタビュー調査の結果

昨年度報告書では、GA やギヤマノンの利用者に対するグループインタビューをもとに、その有効性や課題についてまとめた。

- ① ギヤマノンにつながるきっかけは、医療機関、行政、消費者相談等からの勧めや後押しがあったことが示されていた。逆に、担当者の誤った対応や、連携不足などがこうした過程を妨げる場合もあることも語られた。
- ② ギヤマノンに参加する中で、ギャンブル依存症の知識を得たり、対応の方法を事細かに経験してきた仲間たちに聞くことができることで当事者にも良い影響もあると思われた。
- ③ さらに、ギヤマノンに参加し、12ステッププログラムを進めていく中で、家族自身を深く見つめ、共依存的性質について変える取り組みをしていた。
- ④ 地域によってアノニマスグループが多いところと少ないところがあることが

あるなど、ギャンボンは発展途上といえる。

研究 2-3：ギャンボン利用者の回復過程に関する複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA) による研究

TEA により 23 人の家族の回復を過程過程について TEM (複線径路等至性モデリング: Trajectory equifinality modeling) 図を作成し。さらにこれを統合して 1 つの TEM 図にした。この図から明らかになった等至点 (何らかの文化的・社会的な諸力の影響を受ける中で収束していくポイント) は以下であった。

- ① ギャンブル障害を正しく理解した上で、依存症者の症状に翻弄されていたところから物理的、心理的距離をとることができた。
- ② 自分自身の感情やニーズを自己認識、自己受容し、それを満たす行動をとることができた。
- ③ 現実を受け止め、将来に希望を持つこと、経験を役立てようと有意義感を持つこと。

これらのポイントは、当事者のギャンブル問題での苦しい状況の中で、ギャンボンの仲間と助けを受けることで生じており、自助グループの具体的な有効性を示すものといえた。

研究 3：全国の民間団体や自助的な活動の研究

- ① R2 年度には日本における民間団体 115 件のリストを作り、そのうちの 73 件に質問紙を送り、41 件の回答を得た。このうち、ギャンブル障害を中心とした団体は 13 例であり、2000 年以降ふえ

ているが、まだ少数に止まっていることや地域の偏在が確認された。R

- ② 民間団体の形態や支援内容も多様であり、当事者の入所や通所でのプログラム提供やグループや個別相談、家族へのグループや個別相談、電話やメールによる相談、ホームページなどによる情報提供、講演会、ワークショップ、ニュースレターの発行などが比較的多く行われ、他の機関にはつながることが難しい事例の窓口となっていた。
- ③ 同時に改めて各団体の方に意見を聞いたところ、「行政、病院、警察、弁護士などの理解が進み、正しい情報をすぐに受け取り素早く適正な治療が出来るようになって欲しい」などの連携強化を求める意見が多かった。自助グループや民間団体の効果や特徴などをより的確に伝えられるような人材や情報提供体制がさらに必要であると考えられた。
全国各地の民間団体に連絡して、その活動を紹介する冊子を作製した。

4. 治療効果判定ツールの再検査信頼性と結果フィードバックの効果研究

ギャンブル障害に関連する 2 つの指標の再検査信頼性が認められ、PNF の主観指標に対する有効性が確認された。

5. ギャンブル障害における精神科併存症の臨床的意義—CBT の効果検証研究において—

結論の項にまとめて示した。

6. 簡易介入の効果の検討：AI チャット

トボット GAMBOT2 の開発と効果 検証

本ランダム化比較試験の結果発表後
に、GAMBOT2、およびセラピストによる支
援システムを公開予定である。

7. 治療プログラム研修および研修の効 果検証

ギャンブル障害の標準的治療プログラ
ムを普及させるための研修プログラムを作
成し、研修を実施し、効果を検証した。

8. ギャンブル障害の連携マニュアル作 成-ニーズ調査とツール作成-

ギャンブル等依存症対策のために、当
分担任は「問題解決をしない事例検討会」を
提案する。治療者が少ないギャンブル等依
存症治療のために地域の連携を活性化し、
全体の底上げをするためには有効な方法で
あると考える。

そのためのマニュアル(リーフレット)
を成果物として制作した。今後は普及のた
め本マニュアルを用いたアクション県
連問題学会でのワークショップや全国各地
での「問題解決しない事例検討会」開催企
画、効果研究、改訂版の作成を予定してい
る。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

英文

- 1) So R, Matsushita S, Kishimoto S,
Furukawa TA: Development and
validation of the Japanese version

of the problem gambling severity
index. Addict Behav. 2019
Nov;98:105987.

- 2) So R, Furukawa TA, Matsushita S,
Baba T, Matsuzaki T, Furuno S,
Okada H, Higuchi S: Unguided
Chatbot-Delivered Cognitive
Behavioural Intervention for
Problem Gamblers Through Messaging
App: A Randomised Controlled
Trial. J Gambl Stud. 2020 Mar 11

邦文

- 1) 松下幸生:新しい依存について-ギャン
ブル依存の実態と対応。産業精神保健,
2019; 27(4):306-309.
- 2) 松下 幸生:ギャンブル障害の診断と評
価. 日本医師会雑誌 149 巻 6 号
Page1025-1029(2020.09)
- 3) 西村 光太郎, 松崎 尊信, 松下 幸生,
樋口 進:【令和 2 年度診療報酬改定-
現状とその影響】ギャンブル依存症の現
状及び令和 2 年度診療報酬改定の影響
日本精神科病院協会雑誌 39 巻 10 号
Page1030-1038(2020.10)
- 4) 松下 幸生:ギャンブル障害の現状と課
題について. 産業ストレス研究 27 巻 3
号 Page364-365(2020.08)
- 5) 松下幸生:ギャンブル障害(ギャンブル
依存症):本邦における現状と回復への
取り組み 新薬と臨床 2021; 70 巻 6 号
76-82.
- 6) 土方郁美;ギャンブル依存症家族の回復
に関する研究,日本アルコール・薬物医
学会雑誌 56(6), 250, 2021
- 7) 宮田久嗣. ICD-11 における依存と嗜癖

- の概念再編. 日本社会精神医学会雑誌 2019 ; 28(2) : 139-146
- 8) 宮田久嗣. 依存・嗜癖とその考え方の変化:精神医学における平成時代の変化と新時代への展望. 臨床精神医学 49 (2) : 187-194, 2020
- 9) 宮田久嗣. 行動嗜癖に対する薬物療法. 日本医師会雑誌 149 (6) : 1053-1057, 2020
- 10) 宮田久嗣. 依存症とハームリダクション. 医学のあゆみ 274 (1) : 97-102, 2020
- 11) 宮田久嗣. International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders (UNDOC/WHO) : 精神科診療のエビデンス. 精神医学 62 (5) : 1-4, 2020
- 12) 宮田久嗣. 国際診断分類 (ICD、DSM) において依存と嗜癖はどのように使われているのか. 日本アルコール薬物医学会誌 2022 ; 57 (1) : (印刷中)
- 13) 森田展彰: キャンブル障害のある人の家族に対する心理教育 臨床精神医学 48 (6) 743-749, 2019.
- 14) 森田展彰: アディクションのある人の家族への支援における共通性と多様性, 日本アディクション看護学会, 16(12) 197--202, 2019.
- 15) 高原恵子、梅野充、森田展彰、秋元恵一郎、南保輔、阿部幸枝、伊波真理雄、谷部陽子、源田圭子、幸田実: 薬物依存症に合併するギャンブル・インターネット依存傾向に関する研究—薬物依存回復支援施設に対する全国調査結果から—日本アルコール・薬物医学会雑誌, 54(6) : 260-271, 2019.
- 16) 森田展彰: アタッチメント・トラウマの問題としてのアディクションの理解 児童青年精神医学とその近接領域 61(5):488-494, 2020
- 17) 新井清美、森田展彰、川口由紀子、水上勝義: 大学生アスリートにおけるアディクションの実態—体育系・非体育系大学生の比較—, 日本社会精神医学会雑誌 29(3) : 223-233, 2020
- 18) 新井清美、住岡弘士、森田展彰、田中増郎: アディクションを重複する発達障害者の実態と支援の現状—当事者へのインタビュー調査から—, 日本アルコール薬物医学科雑誌 55 (5) : 92, 2020
- 19) 森田展彰、新田千枝、村瀬華子、田淵賀裕: アディクションのある養育者に育てられる子供が求める支援, 日本アルコール薬物医学科雑誌 55 (5) : 92, 2020
- 20) 土方郁美; ギャンブル依存症家族の回復に関する研究, 日本アルコール・薬物医学会雑誌 56(6), 250, 2021

書籍

- 1) 森田展彰: アディクションのある人の家族に対する支援 編集: 樋口進, 廣尚典 「はたらく」を支える! 職場×依存症・アディクション 南山堂 2019 pp22-33

2. 学会発表

- 1) Sachio Matsushita and Toshiaki Baba: Current situation of gambling and prevalence of gambling disorders in Japan: International Conference on Behavioral Addictions, Yokohama,

- 2019/6/18
- 2) 松下幸生：ギャンブル障害の実態と対策 第30回日本医学会総会 名古屋 2019/4/28
- 3) 松下幸生：新しい依存について ～ギャンブル・ネット依存の実態と対応～ 日本産業精神保健学会 東京、2019/8/31
- 4) 松下幸生、村瀬華子、真栄里 仁、樋口 進、金城 文、尾崎米厚：若年者の飲酒、ギャンブルの実態調査：2019年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 2019/10/6
- 5) 松下幸生：ギャンブル依存のハームリダクション 関東甲信越アルコール関連問題学会、横浜、2020/1/19
- 6) 宋 龍平、古川 壽亮、松下 幸生、馬場俊明、松崎 尊信、古野 悟志、岡田 瞳、樋口 進：問題ギャンブラー向けLINEチャットボット介入の効果、オンラインランダム化比較試験(GAMBOT STUDY)、日本精神神経学会、2020/9/19-21、国内、口頭
- 7) 松下幸生、樋口 進：ギャンブル問題とうつの関係、第18回日本うつ病学会総会/第21回日本認知療法・認知行動療法学会シンポジウム 2021/7/8 オンライン、口頭
- 8) 松下幸生、新田千枝、遠山朋海、樋口 進：ギャンブル実態調査の概要について、2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、2021/12/18、三重、口頭
- 9) 片山宗紀、小原圭司、佐藤寛志、杉浦寛奈、田辺等、白川教人：ウェブ形式によるSAT-G(島根ギャンブル障がいトレーニン) プログラム研修の効果、2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会
- 10) 森田展彰：ギャンブル障害が子育てや虐待に与える影響、2021年度 アルコール・薬物依存症関連学会合同学術総会 最新医療を共有した連携の発展：木曾・臨床・たし職種・他機関・そして地域から世界へ～コロナ危機を乗り越えて～ 2021.12.17
- 11) 森田展彰：家族問題としてのアディクション—親のアディクションが子どもに与える影響とその支援を中心に—、ワークショップ「思春期と依存症 ゲーム、インターネット」、第40回日本思春期学会総会・学術集会、2021.9.27(オンライン開催)
- 12) 森田展彰、野田哲朗：新型コロナウイルス禍と依存症関連問題、日本精神科診療所協会第27回学術集会 2021.9.13(オンライン開催)
- 13) 土方郁美、森田展彰：ギャンブル依存症家族の回復に関する研究、2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、2021年12月18日(三重)
- 14) 新井清美、森田展彰、田中増郎：アディクションを重複する発達障害者への支援ツールの開発 2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 2021年12月18日(三重)
- 15) Yamada R, Miyashita K, Tamura Y, Hashimoto T, Takada K, Miyata H. Clinical characteristics of psychiatric comorbidity in gambling disorder in Japan. 2021 International College of

Neuropsychopharmacology. Taiwan
(WEB), 2021 2, 27

- 1 6) 宮田久嗣 (シンポジウム). 日本におけるハームリダクションのアディクション予防・治療への応用. 2021年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重, 2021, 12, 17
- 1 7) 宮田久嗣 (シンポジウム). 精神科領域における障害と疾患の相違についての考察: 障害 (disorder, disability, dysfunction) と疾患 (disease): どこが違うのか?. 2021年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重, 2021, 12, 18

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特になし